

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTES

IVSON RICHARDSON DE LIMA BORGES

MARIA SINIELZA PESSOA

Combinação da Maxila Atrófica associada à síndrome de Kelly

Arapiraca - AL

2023

IVSON RICHARDSON DE LIMA BORGES

MARIA SINIELZA PESSOA

Combinação da Maxila Atrófica associada à síndrome de Kelly

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de pós-graduação em Implantodontia pela escola CUBO Odontológico junto a FACSETE – Faculdade de Sete Lagoas como requisito para a obtenção de título de especialista em Implantodontia.

Orientador: Rodrigo Cavalcante de Almeida

Arapiraca – AL

2023

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso clínico de reabilitação oral com protocolo sobre implantes ósseos em paciente desdentado na maxila. Paciente sexo masculino que compareceu a clínica de especialização de implante dentário, como queixa principal a prótese superior mal adaptada e não conseguindo mastigar certos alimentos. O mesmo apresentava perda óssea anterior, supercrescimento das tuberosidades, extrusão da porção anterior inferior e ausência dos dentes inferior posterior. A partir daí foi realizado todo o planejamento e executado conduta correta junto às limitações do paciente, entregando um resultado satisfatório e esperado pelo paciente.

ABSTRACT

The objective of this article is to present a clinical case report of oral rehabilitation with a protocol on bone implants in an edentulous patient in the maxilla. Male patient who attended the dental implant specialization clinic, with the main complaint being the poorly adapted upper prosthesis and not being able to chew certain foods. The same presented anterior bone loss, overgrowth of the tuberosities, extrusion of the lower anterior portion and absence of the lower posterior teeth. From there, all the planning was carried out and the correct conduct was carried out along with the patient's limitations, delivering a satisfactory and expected result by the patient.

Palavra-chave: Maxila Atrófica; Síndrome de Kelly; Implantes em maxila; Síndrome.

INTRODUÇÃO

Em pacientes edêntulos totais é um grande desafio a reabilitação oral, decorrente das perdas dentárias, uma vez que com o passar dos anos ocorre a reabsorção óssea, gerando desta forma inúmeros problemas de estabilidade e retenção das próteses totais, muito usadas pelos pacientes. Esta perda óssea causa muitas vezes prejuízo de convívio social, decorrente a ausência da estética, mastigação e fonação.

As próteses totais fixas sobre implantes são uma alternativa de tratamento reestabelecendo desta forma, a função, estética, estabilidade, retenção e fonética, quando comparadas as próteses totais convencionais.

Nos dias atuais para reabilitação oral de pacientes totalmente ou parcialmente desdentados, os implantes dentários são uma excelente opção de tratamento.

Entre os inúmeros benefícios, destaca-se uma melhor qualidade de vida com capacidade de mastigação e fonação, maior estabilidade e retenção, estética satisfatória, além de diminuir a quantidade de reabsorção óssea quando comparado com a prótese total convencional.

Durante muitos anos, a Odontologia foi dominada por procedimentos cirúrgicos e protéticos, onde por muitos anos, acreditava-se que a perda de dentes e, conseqüentemente, o edentulismo eram conseqüências inevitáveis do envelhecimento humano. Apenas em meados do século XX, com a introdução da odontologia preventiva se conseguiu começar a alterar esse paradigma. Desde então, os pacientes passaram a ter uma melhor orientação sobre higiene oral e cuidados com a dieta, bem como maior acesso aos métodos preventivos e diagnóstico precoce de lesões cáries e doença periodontal (Neto et al., cit. in Laport et al. 2016; Pun et al., 2011).

O paciente edêntulo pode apresentar alterações das estruturas orais no momento da reabilitação oral. Na consulta inicial junto com o diagnóstico, um plano de tratamento de determinadas patologias, como por exemplo a síndrome de Kelly (OMS, 2017).

Maxila atrófica é uma condição em que a parte superior da mandíbula, conhecida como maxila, apresenta uma perda significativa de volume ósseo. Essa atrofia óssea pode ocorrer por diversos motivos, incluindo a síndrome de Kelly.

Esta síndrome é também conhecida como síndrome de combinação ou síndrome da hiperfunção anterior. Sendo descrita pela primeira vez em 1972 por Ellsworth Kelly. Esta caracteriza-se por um conjunto de particularidades marcantes que ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a uma mandíbula em que os únicos dentes remanescentes são os do 5º sextante (Kelly, 1972, cit. in Hussain et al., 2015).

A síndrome de Kelly é uma condição rara que afeta o desenvolvimento dos ossos da face, incluindo a maxila. Ela é caracterizada por uma série de anomalias craniofaciais, como hipoplasia da maxila (desenvolvimento incompleto), mandíbula proeminente e alterações na forma e posição dos dentes. Essa síndrome pode resultar em uma maxila atrófica, onde o osso é menos volumoso e pode não oferecer suporte adequado aos dentes.

A maxila atrófica associada à síndrome de Kelly pode apresentar diversos desafios para os pacientes. A perda óssea pode comprometer a estabilidade dos dentes remanescentes, dificultando a mastigação e a fala. Além disso, a estética facial também pode ser afetada, uma vez que a perda de volume ósseo pode resultar em uma aparência afundada ou envelhecida da face.

Para o tratamento da maxila atrófica associada à síndrome de Kelly, são necessárias abordagens multidisciplinares. Um dentista especializado em implantodontia pode avaliar a condição e propor soluções personalizadas, como o uso de implantes dentários para restaurar a função e a estética da maxila. Em casos mais graves, pode ser necessário recorrer à cirurgia ortognática para corrigir as deformidades ósseas e melhorar a oclusão dentária.

Em resumo, a maxila atrófica associada à síndrome de Kelly é uma condição que requer atenção especializada. O tratamento adequado pode envolver uma combinação de procedimentos odontológicos e cirúrgicos, visando melhorar a função mastigatória, a estética facial e a qualidade de vida do paciente. É importante procurar um profissional de saúde experiente nesse tipo de condição para receber um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado.

História da Síndrome de Kelly

De acordo com Ellsworth Kelly (1972) a perda precoce de osso da porção anterior da maxila era a chave para muitos sintomas da SK (Kelly, 1972, cit. in. Laport et al., 2017). Tolstunov (2007), com base na sua experiência com uma variedade de pacientes com SK (casos de edentulismo total maxilar e parcial mandibular) aliado a uma revisão de literatura, propôs uma classificação clinicamente relevante da SK outrora descrito. Considera três classes e 10 modificações à SK (anexo I). Segundo o autor, a característica fundamental desta Síndrome de Kelly: reabilitação protética de um caso clínico. 2 classificação é a reabsorção maxilar anterior resultante da força dos dentes inferiores anteriores estando presente de forma consistente em todas as classes e em todas as modificações. A definição da classe mandibular e modificação dentro da classe é definida como "condição de edentulismo maxilar". Sugerindo um tratamento para cada categoria de pacientes com SK (Tolstunov, 2007).

Caraterísticas clínicas

De acordo com Kelly (Kelly, 1972, cit. in Carlino et al., 2014) a aplicação de forças ligeiras e intermitentes podem estimular e preservar as cristas residuais. Por sua vez, mesmo com a cobertura total das áreas de suporte maxilar e mandibular o uso de próteses pode resultar em instabilidade oclusal e reabsorção do osso subjacente. Bem como alterações na dimensão vertical de oclusão (DVO) conduzem ao recurso dos dentes anteriores, sobrecarregando a porção anterior da maxila desdentada (Kelly, 1972, cit in Carlino et al., 2014; Rajendran e Baburajan, 2012; Resende et al., 2014). Esta situação pode tornar-se mais evidente quando uma prótese total maxilar se opõe a uma PPR mandibular. Em observações clínicas, Kelly (cit. in Costa et al., 2016), verificou a presença de um conjunto de sinais clínicos marcantes: perda do suporte ósseo acentuado na região anterior da maxila, crescimento fibroso da tuberosidade maxilar, hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior, extrusão dos dentes anteriores inferiores e a perda óssea sob a base da PPR inferior. Estas caraterísticas ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais (Costa et al., 2016). Síndrome de Kelly: reabilitação protética de um caso clínico. 3 Em 1979, Saunders et al. (cit in Korunoska-Stevkovska et al., 2017) ressalta estender a gama de características desta síndrome juntando as seguintes: perda da correta DVO, reposicionamento anterior da mandíbula, discrepância do plano oclusal, inadequada adaptação das próteses, ocorrência de epúlites fissuradas e alterações

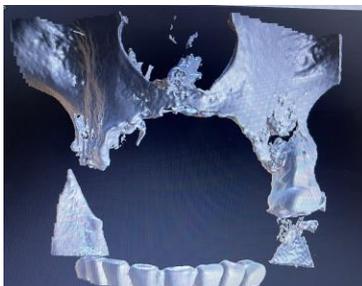
periodontais (KorunoskaStevkovska et al. 2017); No entanto, Palmqvist et al. (2003) referem que essas mudanças não estão sempre associadas à referida síndrome. Estas características são na maioria dos casos a principal fonte de diagnóstico, através de um cuidado exame clínico auxiliado por exames complementares de diagnóstico (Laport et al., 2016; Pun et al., 2011; Hussain et al., 2015).

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, 69 anos, compareceu a clínica de especialização de implante dentário, como queixa principal a prótese superior mal adaptada e não conseguindo mastigar certos alimentos. O mesmo apresentava perda óssea maxila anterior, crescimento das tuberosidades, hiperplasia papilar de mucosa do palato duro, extrusão e vestibularização da porção anterior inferior e ausência dos dentes inferior posterior. Ao darmos início a anamnese foi realizado uma tomografia para avaliarmos a qualidade e toda estrutura óssea presente, moldagem dos arcos, fotografias intra e extra-orais para completar o planejamento reverso junto ao ASA.

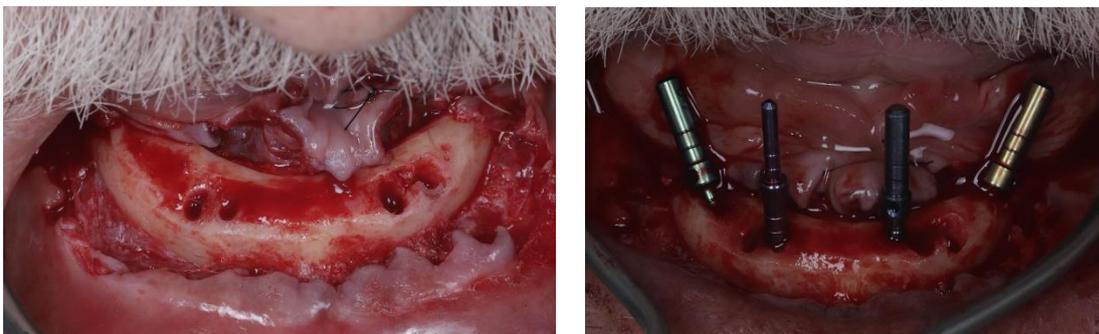


Tendo em vista a conduta para reabilitação total do paciente que se apresenta com todas essas características e com esses achados após a avaliação clínica e tomográfica, resolvemos que a conduta a ser tomada seria a mudança no planejamento de protocolo superior para o protocolo inferior com técnica all on four e uma pt superior para futuramente realizar um protocolo superior.



Dando início ao tratamento do protocolo inferior, selecionamos os implantes NEODENT GM ACQUA 3,5X13 nos dois anteriores verticalizados e dois 3,5x16 posteriores inclinados. Iniciamos com as exodôntias dos elementos inferiores presente, dando seguimento ao rebatimento do retalho até a localização anatômicas dos nervos alveolar inferior e mentonianos. Seguimos com osteotomia e o planejamento ósseo. Iniciamos a técnica de fresagem e inserção

dos implantes com torques aceitáveis para a realização de protocolo imediato com a somatória acima de 120N.



Com todos os implantes em posição realizamos a seleção dos componentes mini-pilares reto para os mesiais, e angulado 17 graus para os distais. Para moldagem com moldeira aberta unimos os transfers com elástico corrente e em seguida com resina Patmo até unir ao guia multifuncional, colocamos a silicona leve para copiar todo rebordo.



Desparafusamos os transfers posicionando os análogos para encaminharmos para o laboratório para a confecção da barra, posicionando os cilindros de proteção dos mini-pilares.

No dia seguinte realizamos a prova da barra com plano de cera, onde a mesma foi instalada passivamente, sendo possível o laboratório montar os dentes como planejado nas marcações no plano de cera.



Ao final do dia, provamos a barra novamente já com os dentes em posição, realizamos alguns ajustes e seguimos para acrilização.

No quarto dia entregamos o protocolo inferior junto com a prótese total superior, onde realizamos alguns ajustes oclusais.



CONCLUSÃO

De acordo com o caso relatado foi observado que, nem em todos os casos de reabilitação oral em maxila pode ser realizado sem a reabilitação da mandíbula, principalmente quando o paciente se apresenta com limitações junto a características apresentadas na síndrome de Kelly. Sendo assim, com esta conduta obtivemos um resultado excelente para o paciente reestabelecendo a fonação, mastigação e estética satisfatória e sem complicações pós-cirúrgicas.

REFERÊNCIA

RAPOSO, Mariana Josué; VILAÇA, Gabriela Maria Castro; MESQUITA, Caio Costa de. Reabilitação Oral em Maxila Atrófica – Relato de Caso, pág. 786 – 788.

SILVA, Erica Tatiane da; OLIVEIRA, Rommel Teodoro de; LELES, Cláudio Rodrigues. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. Revista Tempus: Atas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 3, pág. 121-134, conjunto. 2015.

Tolstunov L. Combination syndrome: classification and case report. J Oral Implantol. 2007;33(3):139-51. doi: 10.1563/1548-1336(2007)33[139:CSCACR]2.0.CO;2. PMID: 17674680.

Laport, L.B.R., et al. (2017). Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 20(1), pp.108-114.

Leite, B.A., et al. (2006). Síndrome da combinação – Kelly: revisões de interesse para o cirurgião dentista. [em linha]. Disponível em [consultado em 28-03-2018].

Hussain, K.A., et al. (2015). Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Removable Prosthodontic Treatment Procedures: An Overview. The Open Dentistry Journal, Supl. 1:M3, pp. 187-189.

Korunoska-Stevkovska, V., et al. (2012). Prosthodontic Rehabilitation of Patient with Anterior Hyper Function Syndrome. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 5(7), pp. 1000-1004.