

FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA
VANILDA ESTEVÃO PEREIRA RIBEIRO

**TRATAMENTO E REABILITAÇÃO NA SÍNDROME DA
COMBINAÇÃO: revisão de literatura e caso clínico**

PATOS DE MINAS
2016

VANILDA ESTEVÃO PEREIRA RIBEIRO

**TRATAMENTO E REABILITAÇÃO NA SÍNDROME DA
COMBINAÇÃO: revisão de literatura e caso clínico**

Artigo apresentando á Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de Odontologia.

Orientadora: Prof. Ms. Lia Diretrich

**PATOS DE MINAS
2016**

VANILDA ESTEVÃO PEREIRA RIBEIRO

TRATAMENTO E REABILITAÇÃO NA SÍNDROME DA
COMBINAÇÃO: revisão de literatura e caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 2016, pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador _____
Prof. ^a.Ms. Lia Dietrich.
Faculdade Patos de Minas

Examinador _____
Prof. ^o..Esp. Henrique Cury.
Faculdade Patos de Minas

Examindor _____
Prof. ^a.. Esp. Cláudia Maria de Oliveira Andrade
Faculdade Patos de Minas

TRATAMENTO E REABILITAÇÃO NA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO DE KELLY: revisão de literatura e caso clínico

Vanilda Estevão Pereira Ribeiro*

Lia Dietrich**

RESUMO

A síndrome da combinação de Kelly, se caracteriza pela reabsorção óssea na região de rebordo anterior de maxila, hiperplasia papilar, aumento das tuberosidades, reabsorção abaixo das bases das próteses e extrusão dos dentes inferiores naturais. O presente trabalho consiste em um estudo de revisão de literatura, através de pesquisa em artigos, livros e revistas especializadas relacionadas ao tema da metodologia. Este trabalho relata um caso clínico de um paciente portador dos sinais da Síndrome da Combinação de Kelly, que estava sob tratamento odontológico na clínica da Faculdade Patos de Minas no ano de 2015. Este estudo relacionado a Síndrome da Combinação de Kelly, tem como finalidade mostrar aos cirurgiões dentistas o conceito, sinais e sintomas e as formas de tratamento para a reabilitação desses pacientes.

Palavras-chaves: Maxila desdentada. síndrome de Kelly. Dentes anteriores. inferiores naturais.

ABSTRACT

The Kelly Combination Syndrome is characterized by signs: bone resorption in the frontal edge region of the maxilla, papillary hyperplasia, increase of the sciatic, resorption below the bases of the prostheses and extrusion in the lower natural teeth. This work consists of a literature review study, based on research in articles, books and specialized magazines related to this research. This paper reports a clinical case of a patient with signs of the Kelly Combination Syndrome, who was under dental treatment at the clinic of the College Patos de Minas during the year of 2015. This study related to the Kelly Combination Syndrome, has the purpose of showing fellow dental surgeons, forms of treatment for the rehabilitation of patients with this syndrome.

Keywords: Toothless Jaw. Kelly Syndrome. Prosthesis.

* Aluno do curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (fpm). vanildaestevao@outlook.com

** Mestre em Reabilitação Oral pela Universidade Federal de Uberlândia – FOUFU; Especialista em Prótese Dentária pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO, Professora do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Cidade de Patos de Minas – FPM, nas áreas de anatomia e escultura dentária, oclusão, prótese dentária. Email: lia_dietrich@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Combinação foi descrita em 1972 por Kelly como uma condição patológica do sistema estomatognático que acomete os pacientes desdentados totais superiores e Classe I de Kennedy inferior, que relatou como característica a presença dos sinais: reabsorção óssea na região de rebordo anterior maxilar, hiperplasia papilar, aumento das tuberosidades, reabsorção abaixo das bases das próteses e extrusão dos dentes inferiores.⁽¹⁾

Uma grande porcentagem dos portadores da Síndrome da Combinação, podem apresentar alterações específicas citadas, mas não quer dizer que os portadores da síndrome possuam todas as alterações, geralmente apresentam pelo menos duas características. Outras características também foram associadas à partir da Síndrome da Combinação de Kelly como: diminuição da dimensão vertical, discrepância do plano oclusal, problemas periodontais e má adaptação das próteses.⁽²⁾

Esta Síndrome acomete o sistema estomatognático como: periodonto, mucosas, ossos e articulação temporo mandibular. Os movimentos irregulares provocam diversas alterações nas mucosas e tecidos remanescentes que contribui para o desenvolvimento da reabsorção.⁽³⁾ Com o uso de prótese total ocorrem reabsorções sobre o rebordo ósseo que influencia na qualidade de adaptação das próteses. E como consequência pode ocorrer uma reabsorção com maior intensidade, podendo ocorrer até mesmo fraturas espontâneas em alguns casos.⁽⁴⁾ Com esses movimentos repetitivos o grau de reabsorção tende a aumentar gradualmente. Outras patologias sistêmicas também podem acelerar esse grau de reabsorção como: diabetes, osteoporose, condições metabólicas e nutricionais.⁽¹⁾

Nos portadores da Síndrome da 'Combinação os dentes inferiores podem desenvolver lesões de cárie e doenças periodontais. A ação mecânica da língua sobre os dentes, desorganiza a placa bacteriana que ajuda prevenir a ocorrência de lesões de cárie e doença periodontal.⁽⁵⁾

A Síndrome da Combinação ocorre em pacientes classe I de Kennedy, que são desdentados bilateral posterior e que possuem próteses má adaptadas. Não possui um controle clínico e nem uma constante e adequada higienização. (6)

As classificações que ajudam o cirurgião dentista são: a classificação de Kennedy e a de APPLEGATE(1965-1968) devido serem classificações universais e de fácil entendimento.(7.8)

O diagnóstico deve ser feito a partir de um estudo, com base nas informações colhidas do paciente, da história médica, da história oral, dos exames clínicos e radiográficos. Para após este estudo, estabelecer os planos de tratamento que serão dispostos para o paciente. (9)

Este trabalho visa informar sobre a Síndrome da Combinação de Kelly, mostrando suas características e a forma de contorná-las e corrigi-las com a reabilitação oral adequada.(9)

COMPLICAÇÕES

A perda óssea na região posterior da mandíbula ocorre lentamente, a força da mordida relacionada a prótese pode aumentar esse grau e variar dependendo do sexo .(10)

Pacientes com comprometimentos sistêmicos como: diabetes, osteoporose, distúrbios hormonais e nutricionais podem ter um grau de reabsorção mais elevado com relação aos pacientes sem comprometimentos sistêmicos. (3)

A extrusão dos dentes inferiores, ocorre devido às forças aplicadas na região anterior e causam movimentos de alavanca na região posterior. Os movimentos de alavanca ocorrem após a linha de fulcro na região anterior dos molares. (11)

As reabsorções ósseas na região anterior da maxila, ocorrem pelas tensões que provocam essas sobrecargas e causando assim a perda óssea, formando um tecido mucoso frouxo e hiperplásico que dificulta na adaptação das próteses. (1)

Hiperplasia inflamatória de palato duro e região de fundo de vestibulo, são os resultados das forças compressivas e ocorre com o movimento de alavanca, que desenvolvem estas hiperplasias. Com as irregularidades presentes abaixo das

bases das próteses, há continuidade da mesma saliva e uma má higienização permite o desenvolvimento de patologias como: a candidíase. ⁽³⁾

O crescimento das tuberosidades, ocorre devido a pressão negativa produzida após a linha de fulcro, que desenvolve um tecido fibroso, com feixes de fibras colágenas e células inflamatórias. O tamanho elevado das tuberosidades na região anterior de rebordo, ou a hiperplasia fibrosa inflamatória podem requerer uma correção cirúrgica para após realizar a reabilitação com novas próteses. ⁽¹²⁾

Alterações periodontais, são patologias que podem gerar no ligamento periodontal, um espessamento e também mobilidades dentárias. ⁽³⁾

Os hábitos parafuncionais proporcionam o desenvolvimento, com maior frequência dos sinais da síndrome da combinação de Kelly . O uso de prótese parcial removível apenas, não acelera o processo das alterações periodontais e sim uma deficiência na higienização oral ⁽¹³⁾

A DTM (disfunção temporomandibular) pode ocorrer por causas multifatoriais: em pacientes com hábitos parafuncionais, interfêrencias oclusais e a idade avançada. Deve estabelecer DVO (Dimensão vertical de oclusão), pois ajuda a diminuir os sintomas da DTM. ⁽⁶⁾

Na mandíbula deve ser avaliado a inserção do músculo milo-hióideo e músculo genioglosso, pois quando ocorre a elevação de tais músculos com a associação da língua deslocam a prótese caso ela não esteja bem adaptada. ⁽⁴⁾

PLANEJAMENTO E TRATAMENTO

O planejamento deve ser iniciado com o preenchimento dos dados pessoais, queixa principal, história clínica geral, medicamentosa, história odontológica, exame extra-oral, exame intra-oral e exame radiográfico. Após os resultados o cirurgião dentista deve elaborar os tratamentos para o paciente, com descrições dos padrões que possam ser desenvolvidos para uma condição ou doença específica. ⁽⁹⁾

Ocorre a necessidade do profissional indentificar os sinais da síndrome da combinação, na tentativa de minimizar os problemas decorrentes para desenvolver o tratamento que se adequa a cada paciente. ⁽¹³⁾

O tipo de tratamento para os pacientes com a Síndrome da Combinação de Kelly, deve ser escolhido pelo cirurgião dentista e paciente. Alguns fatores devem ser avaliados como: história médica, história odontológica e condições financeiras.⁽⁹⁾

O plano de tratamento adequado ajuda a evitar as alterações digestivas que são questionados por alguns autores: uso de implantes nas regiões mandibulares, apresentam com maior sucesso em relação aos implantes maxilares.⁽¹¹⁾

Elaborar um tratamento que diminua a pressão na região anterior da maxila sob a base da prótese total removível, nos movimentos cêntricos e excêntricos ajuda na diminuição dos sintomas.⁽¹⁰⁾

Utilizar prótese parcial removível na região mandibular, com materiais rígidos e uma correta dimensão vertical. Na oclusão não deve haver contato em relação cêntrica, nos dentes anteriores cujas funções devem ser somente a estética e fonética. As alterações periodontais devem ser avaliadas regularmente, devido a implantação de prótese parcial removível na região da mandíbula. Os pacientes com a síndrome da combinação de Kelly, devem ser orientados sobre a necessidade de consultas periódicas para o controle e durabilidade de suas próteses.⁽¹⁾

O reposicionamento da mandíbula através da cirurgia ortognática, o uso de implantes nas regiões maxilar e mandibular para estabilização das próteses, a prótese fixa dento-suportada, prótese implanto- suportada e placa palatina para controlar a extrusão dos dentes naturais. 'Reis SCGB, propõem a confecção de novas próteses, após remoção do tecido hiperplásico e em regiões do tuber.⁽⁴⁾

Outras opções de tratamento são: prótese parcial removível inferior e prótese total superior; extrações dos dentes inferiores e substituição das próteses atuais; implantes na maxila e mandíbula para a instalação das próteses sobre eles.⁽⁶⁾

Primeiro reabilita a mandíbula, para após reabilitar a maxila, o ideal é que nas regiões oclusal dos dentes posteriores ocorra a utilização de recobrimento metálico e resina acrílica para dentes anteriores manter a estética e a fonética adequada. É fundamental manter a estabilidade, retenção e saúde dos tecidos que recobrem a cavidade oral.⁽⁷⁾

Utilizar implantes abaixo das bases das próteses, para promover uma maior retenção e estabilidade.⁽¹⁴⁾ Pois o uso de implantes ajudam também na conservação dos tecidos ósseos e reestabelecer a dimensão vertical de oclusão.⁽⁴⁾

Tucker MR, propunha utilizar os implantes mandibulares com a prótese fixa, que ocluem com a prótese total superior os resultados são mais satisfatórios. ⁽⁴⁾

Com as extrações dos dentes naturais da mandíbula, proporciona a diminuição da reabsorção do rebordo maxilar e a não formação dos tecidos fibrosos que prejudicam o ajuste do plano oclusal. ⁽¹¹⁾

Outras formas de tratamentos são propostas: cirurgia ortognática para reposicionar a mandíbula, o uso de implantes nas regiões maxilares, implantes mandibulares, prótese dento- suportada, prótese implanto-suportada, prótese parcial fixa e prótese parcial removível com placa palatina. Elaborar os planos de tratamento que procurem obter os melhores resultados. ⁽⁴⁾

Os enxertos ósseos podem ser indicados, quando tecidos mole estiverem com aparência frouxa ou sobre os tecidos ósseos que proporcionará uma melhor adaptação ao implantes. ⁽³⁾

Outra forma de reabilitar pacientes parcialmente desdentados são: com as próteses termoplásticas flexíveis que podem mostrar excelentes resultados. Elas proporcionam uma ótima estética e diminuem a incidência de fraturas por quedas. ⁽⁵⁾

Os usuários de prótese total, muitas vezes são avaliados sem os conhecimentos específicos e com isso possibilita falhas durante a execução dessas próteses. ⁽¹⁰⁾

ACOMPANHAMENTO E PROSERVAÇÃO

O acompanhamento desses pacientes é fundamental, pois a saúde bucal dos idosos geralmente costuma ser precária ou insatisfatória. Muitos idosos ainda não utilizam próteses ou estão desadaptadas, os dentes naturais possuem lesões de cárie e doenças periodontais com presença numerosa de cálculos. ⁽⁸⁾

A preservação é dada através de um controle clínico, cujas orientações de higiene, remoção noturna das próteses e ajustes; que devem ser transferidas ao paciente. ⁽¹⁾ É necessário informar ao portador da Síndrome da Combinação de Kelly, os cuidados relacionados a durabilidade e estabilidade das próteses. Sendo necessário para o paciente o acompanhamento e o controle periódico. ⁽¹⁰⁾

CASO CLÍNICO

A paciente G. A. S. P. compareceu à Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas para tratamento odontológico. Na primeira consulta, foi preenchido o prontuário individual, que são coletadas o maior número de informações possíveis através de relatos da paciente.

Dados Pessoais

- Paciente: G. A. S. P.
- Genero: Feminino
- Estado civil: Viúva
- Profissão: Aposentada
- Idade: 60 anos
- Queixa principal: Próteses desajustadas, possui algumas lesões de cárie e dificuldade para mastigar alguns alimentos.

História Clínica

-Cirurgias de apendicite, oftalmológica, adenóide, refluxo e laqueadura. Possui hipotireoidismo, insônia, problemas articulares e aftas frequentes.

História clínica bucal

Uso de Prótese total Superior há mais de 30 anos e Prótese Parcial Removível Inferior há aproximadamente 8 anos, porém ambas desajustadas.

Uso De Medicação

- PuranT4 50 mcg, Omeprazol 10 mg, Clonazepam 2,5 mg, Neosaldina.

História Oral:

- Baixo número de consultas odontológicas, portadora de próteses há mais de 30 anos, frequência de escovação 1 vez ao dia, sem o uso de fio dental e utiliza escova média.

Exame Físico:

- Sinais vitais aparentemente normais, nível cognitivo regular e boa facilidade de comunicação.

Exame Extra- Oral

- Assimetria facial normal, com estalido ao abrir a boca, abertura de boca normal e com alterações na musculatura da face.

Quadro 1 - Relatório de consultas – Sequência clínica

Primeira consulta:	Anamnese , exame intra e extra-oral
Segunda consulta:	Exame radiográfico e preenchimento do periograma
Terceira consulta:	Raspagem supra gengival
Quarta consulta:	Remoção tecido carioso e restaurações com resina fotopolimerizável nos dentes:44,43.
Quinta consulta :	Remoção tecido carioso e restaurações com resina fotopolimerizável nos dentes: 32,33.
Sexta consulta:	Plano de tratamento prótese total superior e prótese parcial flexit inferior. Foram feitas a escolha das moldeiras, de acordo com o tamanho da arcada da paciente , individualizadas com tiras de cera e aquecida com lamparina.
Sétima consulta:	Reembasamento da moldeira individual com pasta enólica, desgaste de 2mm nas bordas da moldeira com broca maxicut e peça de mão.
Oitava consulta:	Registro intermaxilar em cera, iniciar com o ajustes na prótese superior, marcar a linha alta do sorriso, linha canina, DVO, DVR, corredor bucal, curva de Spee, curva de Wilsom e testes fonéticos e após os ajustes fixar as moldeiras com pasta enólica. Escolher a cor e forma dos dentes, de acordo com a simetria facial do paciente e pedir para a paciente trazer na próxima consulta uma pessoa de sua confiança para juntamente com ele

	avaliar a prótese.
Nona consulta:	Prova dos dentes em cera, ajustar a angulação e oclusão dos dentes das próteses.
Décima consulta:	Instalação das próteses, remover com a broca maxicut as irregularidades ou asperesas presentes nas bases da próteses. As próteses totais devem possuir a oclusão balanceada bilateral, checar a oclusão e desgastar os contatos prematuros. Distribuindo os contatos, deixando pelo menos 1 contato em cada dente à partir dos caninos.
<p>Marcar retorno após 3 dias e se a prótese machucar repita o procedimento quantas vezes for necessário para obter o ajuste das próteses.</p> <p>Duas consultas foram feitas para o ajustes de oclusão</p>	

Fig-01 A e B: A) Posição frontal evidenciando a perda de dimensão vertical, suporte labial e inversão canto da boca; B) posição lateral evidenciando os mesmos problemas

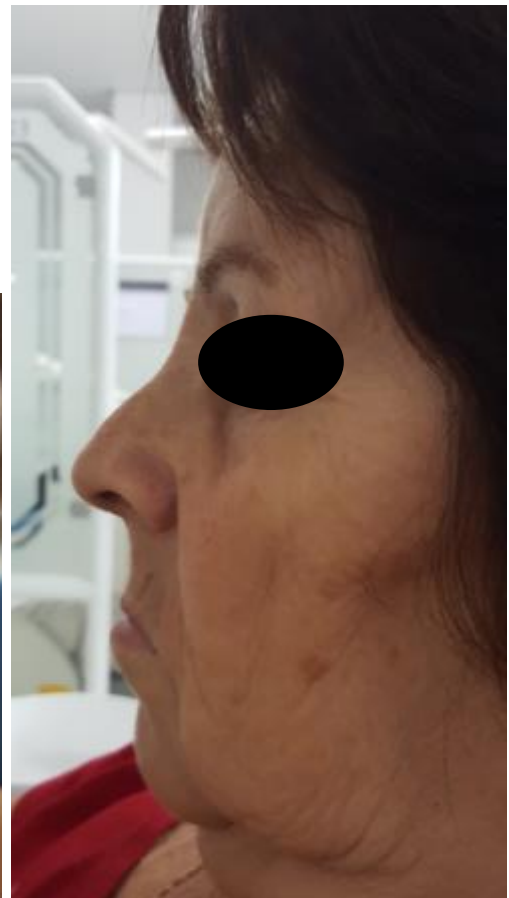
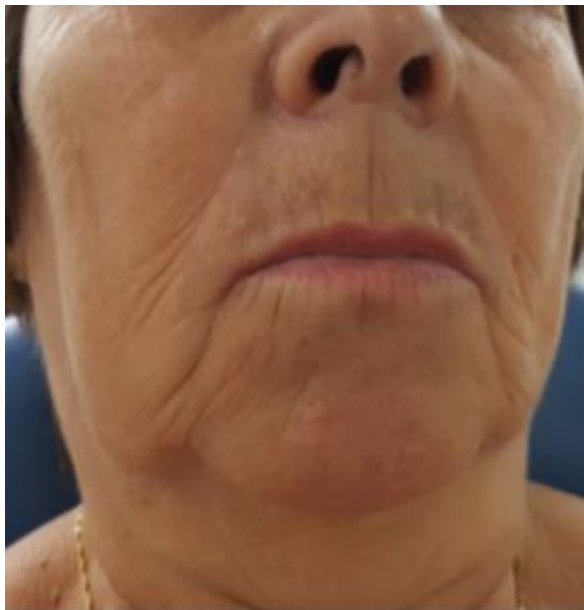


Fig- 02: Rebordo superior mostrando desnível e tuberosidades nas regiões posteriores da maxila.



Fig- 03 Visualização do arco superior e inferior



Fig- 04 Arcada superior e inferior

Fig 05: arco Superior e inferior



Fig 06: Moldagem de trabalho



Fig- 07 Registro Intermaxilar



Fig 08: Próteses acrilizadas



Fig-09 Instalação das próteses



Fig 10: perfil paciente após instalação próteses



Fig 11: suporte labial após instalação próteses



Fig 12: sorriso paciente após reabilitação com PT superior e PPR inferior



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs mostrar aos colegas cirurgiões dentista, os sinais que os pacientes com a Síndrome da Combinação de Kelly podem apresentar, para facilitar na identificação clínica e com isso ajudar na elaboração dos planos de tratamentos que adequam a cada paciente. O relato de caso clínico mostrou que a paciente optou por ser reabilitada com prótese total superior e prótese parcial flexível inferior, devido ao baixo custo e facilidade de adaptação. Vale ressaltar que o sucesso na reabilitação com próteses removíveis tanto totais quanto parciais depende do planejamento e execução minuciosa de cada uma das etapas, e que o ajuste oclusal final necessita preencher os requisitos de uma prótese removível, como o ajuste bilateral balanceado, promovendo assim maior estabilidade à prótese nos movimentos excussivos.

Com o caso clínico e revisão literária foi possível mostrar aos colegas esta forma de reabilitação que foi realizada efetivando a necessidade de um acompanhamento clínico e periódico para evitar assim maiores complicações.

REFERÊNCIAS

- 1 Cunha, LDAP, Rocha EP; Pellizzer EP. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de próteses parcial removível. RGO Porto Alegre. out./dez. 2007. 55 (4): 325-8,.
- 2 Sousa AS, Frota MR, Dametto RF, Silveira MSR, Sousa CA. Síndrome da Combinação – conhecimentos e aplicabilidade por parte dos professores de prótese das universidades públicas e privadas e protésistas do estado do Rio Grande do Norte. Passo Fundo. set./ Dez. 2010. 15(3).
- 3 Telles D. Prótese total: Convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2003. p. 27-31.
- 4 Tucker MR, Hupp JR, Ellis E R. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5. Ed. São Paulo: Elsevier; 2008. p.213-220.

- 5 Gomes SGF, Cury AAD B. Resinas flexíveis: uma opção estética para desdentados parciais. RGO, Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre. jan./mar. 2014. 63, (1): 81-6.
- 6 .Jorge JH, Silva Junior GS, Urban VM, Neppelenbroek KH, Bombarda NHC. Desordens temporomandibulares em usuários de prótese parcial removível: Prevalência de acordo com a classificação de Kennedy. Rev Odontol UNESP. 2013 Mar-Apr; 42(2): 72-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-2577201300020000>
- 7 Gil, Carlos. Avaliação Comparativa Dos Sistemas De Classificação Dos Arcos Parcialmente Edentados: Uma Revisão Crítica de Oitenta Anos. Rev Odontol Univ São Paulo [online].1998. 12(1). ISSN 0103-0663.<http://doxdoi.Org/10.1590/50103-06631998000100011>.
- 8 Bianco, C.V; Lopes, S. E; Borgato, H. M; Silva e Moura,P; Marta, N. S; O impacto da condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. Universidade do Sagrado Coração 17011-160 SP.
9. Arouco MAM. Síndrome de Kelly. [Dissertação]. Universidade Fernando Pessoa - Porto; 2013.
- 10 Pellizzer EP, Muench A. Forças de mordida relacionadas a próteses parciais removíveis inferiores. Rev Odontol Univ São Paulo [online]. 1998, 12(4):401-7. ISSN 0103-0663. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-06631998000400016>.
- 11 Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiania GO, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2005. 8(1): 67-73.
- 12 Alvarenga, F. Q. Considerações sobre a Síndrome de Kelly [monografia]. Montes Claros: FUNORT, 2011.
- 13 Vanzillotta PS, Pinto CAF, Briote MIM, Lima FSLCS. Síndrome da combinação. Rev. bras. Odont. jul. /dez. 2012. 69(2): 199-202.
- 14 Turano JC, Turano LM, Villas-bôas Turano M. Fundamentos de Prótese total .9. ed. São Paulo: Santos,2012. p. 93-219.

AGRADECIMENTOS

Com carinho e muita satisfação dedico o fruto do meu trabalho, aos que participaram da minha vitória.

A meu Deus, que me deu força para enfrentar todos os meus obstáculos, com respeito, amor e dedicação.

Ao meu marido Fernando que nunca mediu esforços, para que meus sonhos se realizasse.

A minha família, pelo carinho e apoio.

A todos o meu muito obrigado.

Data da entrega do artigo para a banca: