

## Reabilitação oral em pacientes com síndrome da combinação: revisão de literatura

## Oral rehabilitation in patients with combination syndrome: literature review

## Rehabilitación oral en pacientes con síndrome combinado: revisión de la literatura

Luis Carlos Bezerra da Silva Filho 

Eduardo Henriques de Melo 

### Endereço para correspondência:

Luis Carlos Bezerra da Silva Filho

Avenida Presidente Castelo Branco, 18A

Cidade Alta

55031-000 - Caruaru - Pernambuco - Brasil

E-mail: dr.luiscarlosfilho@gmail.com

**RECEBIDO:** 19.01.2024

**MODIFICADO:** 23.01.2024

**ACEITO:** 26.02.2024

### RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura, acerca das alterações bucais desenvolvidas pelos pacientes acometidos pela síndrome da combinação, apontar as causas que levam a esse distúrbio e relatar alternativas protéticas. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. A busca dos artigos foi realizada de forma digital, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: síndrome da combinação; síndrome de Kelly; prótese total. prótese parcial removível; prótese total; reabsorção óssea/diagnóstico; maxila; sistema estomatognático; planejamento de prótese dentária/métodos. A síndrome da combinação ou síndrome de Kelly apresenta-se a partir de um conjunto de características marcantes que ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais. Essa conjugação pode promover perda óssea na região anterior da maxila, crescimento das tuberosidades, 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 prótese parcial inferior. O tratamento da síndrome da combinação objetiva devolver ao paciente uma oclusão balanceada, minimizando a carga de oclusão na região anterior da maxila. Conclui-se que é fundamental atentar-se ao correto diagnóstico dos sinais de destruição dos tecidos de suporte, como também estabelecer quais as necessidades pré-protéticas para possibilitar um adequado manejo reabilitador no paciente. Ao instituir um plano de tratamento para esses casos, a literatura sugeriu como melhores as próteses implantorretidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese total. Prótese parcial removível. Planejamento de prótese dentária.

#### ABSTRACT

This work aimed to carry out a literature review on the oral changes developed by patients affected by combination syndrome, point out the causes that lead to this disorder and report prosthetic alternatives. This is a literature review of the narrative type. The search for articles was carried out digitally, in the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online and Google Scholar databases, using the following descriptors: combination syndrome; Kelly syndrome; dentures. removable partial denture; dentures; bone resorption/diagnosis; maxilla; stomatognathic system; dental prosthesis planning/methods. Combination syndrome or Kelly syndrome presents itself from a set of striking characteristics that occur when a toothless maxilla opposes natural lower anterior teeth. This combination can promote bone loss in the anterior region of the maxilla, growth of tuberosities, papillary hyperplasia of the tissues of the hard palate and fibromucosa of the anterior region, extrusion of the lower anterior teeth and bone loss under the base of the lower partial denture. The treatment of combination syndrome aims to restore balanced occlusion to the patient, minimizing the occlusion load in the anterior region of the maxilla. It is concluded that it is essential to pay attention to the correct diagnosis of signs of destruction of the supporting tissues, as well as to establish the pre-prosthetic needs to enable adequate rehabilitative management of the patient. When establishing a treatment plan for these cases, the literature suggested implant-retained prostheses as best.

**KEYWORDS:** Denture, complete. Denture, partial, removable. Dental prosthesis design.

#### RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura sobre los cambios orales que desarrollan los pacientes afectados por el síndrome combinado, señalar las causas que conducen a este trastorno y reportar alternativas protésicas. Se trata de una revisión de la literatura de tipo narrativo. La búsqueda de artículos se realizó de forma digital, en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud, Biblioteca Electrónica Científica Online y Google Scholar, utilizando los siguientes descriptores: síndrome de combinación; síndrome de Kelly; dentadura postiza. dentadura parcial removible; dentadura postiza; resorción ósea/diagnóstico; maxilar, sistema estomatognático; planificación/métodos de prótesis dentales. El síndrome combinado o síndrome de Kelly se presenta a partir de un conjunto de características llamativas que ocurren cuando un maxilar desdentado se opone a los dientes anteriores inferiores naturales. Esta combinación puede promover la pérdida ósea en la región anterior del maxilar, crecimiento de tuberosidades, hiperplasia papilar de los tejidos del paladar duro y fibromucosa de la región anterior, extrusión de los dientes anteriores inferiores y pérdida ósea debajo de la base del maxilar inferior. dentadura. El tratamiento del síndrome combinado tiene como objetivo restaurar la oclusión equilibrada del paciente, minimizando la carga de oclusión en la región anterior del maxilar. Se concluye que es fundamental prestar atención al correcto diagnóstico de los signos de destrucción de los tejidos de sostén, así como establecer las necesidades preprotésicas que permitan un adecuado manejo rehabilitador del paciente. A la hora de establecer un plan de tratamiento para estos casos, la literatura sugirió como mejor opción las prótesis implanto-retenidas.

**PALABRAS CLAVE:** Dentadura completa. Dentadura parcial removible. Diseño de prótesis dental.

## INTRODUÇÃO

A perda dos dentes provoca alterações funcionais e morfológicas nos tecidos moles e no esqueleto facial. As próteses fixas, removíveis parciais ou totais se propõem a restabelecer a harmonia e o equilíbrio do sistema estomatognático, minorando os efeitos da ausência dos elementos dentários no mesmo. Contudo se faz necessário um correto diagnóstico e planejamento de cada caso, a fim de evitar a ocorrência de patologias nos componentes dentários, mucosos, neuromusculares e articulares do sistema mastigatório<sup>1</sup>.

A síndrome da combinação, também denominada como síndrome de Kelly, foi primeiramente descrita em 1972. Trata-se de uma condição patológica do sistema estomatognático que pode acometer pacientes portadores de próteses totais superiores que antagonizam com arcadas Classe I de Kennedy. Estima-se que esses pacientes representam cerca de 26% de todos os pacientes reabilitados com prótese total superior. Desse percentual, 24% desenvolvem alterações que caracterizam a síndrome<sup>2</sup>.

Este distúrbio é caracterizado principalmente por alguns sinais clínicos, dentre os quais são frequentemente relatados a perda acentuada de suporte ósseo na região anterior da maxila, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar da mucosa do palato duro, extrusão dos dentes naturais anteriores inferiores e perda óssea da região posterior do arco inferior sob a base da prótese parcial removível<sup>3</sup>. Devido à destruição do rebordo maxilar anterior acarretada pela remodelação óssea da área, pela ausência dos dentes posteriores em ambos os quadrantes, ocorre uma sobrecarga na região afetada<sup>4</sup>.

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura, acerca das alterações bucais desenvolvidas pelos pacientes acometidos pela síndrome da combinação. De modo específico, pretendeu-se apontar as causas que levam a esse distúrbio e, relatar alternativas protéticas que possam viabilizar a reabilitação destes pacientes, estabilizando o quadro clínico dos mesmos.

## REVISÃO DE LITERATURA

O presente estudo foi delineado como uma revisão de literatura do tipo narrativa. Devido à demanda metodológica, foram sistematizados alguns critérios de inclusão e exclusão para selecionar os artigos. Foram incluídas publicações cujo tema principal estivesse relacionado aos objetivos elencados por esta pesquisa, artigos nos idiomas português ou inglês e que estivessem disponíveis em texto integral. Por outro lado, foram excluídas publicações em duplicidade ou aquelas cujo acesso ao texto integral estivesse indisponível.

A busca dos artigos foi realizada de forma digital, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: síndrome da combinação; síndrome de Kelly; prótese total. prótese parcial removível; prótese total; reabsorção óssea/diagnóstico; maxila; sistema estomatognático; planejamento de prótese dentária/métodos. Esta pesquisa não necessitou de submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, haja vista que os resultados dos artigos e publicações utilizados foram de acesso livre e universal e não consistem em dados sigilosos. Aqueles que foram empregados, o foram referenciados com os créditos a seus devidos autores, portanto, os demais aspectos éticos não foram violados.

É comum a necessidade de reabilitação em pacientes desdentados superiores e parcialmente desdentados inferiores em clínicas odontológicas. Em geral, pacientes com a presença apenas de dentes anteriores inferiores e reabsorções específicas são rotineiros no cotidiano de quem lida com reabilitações orais. Alterações nos tecidos dos palatos duro e mole na maxila têm sido relatadas nos pacientes com uso de próteses totais em oposição a remanescentes dentários inferiores anteriores e com extensão distal bilateral em prótese parcial removível<sup>5</sup>.

A síndrome da combinação ou síndrome de Kelly apresenta-se a partir de um conjunto de características marcantes que ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais. Essa conjugação pode promover perda óssea na região anterior da maxila, crescimento das tuberosidades, 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

prótese parcial inferior<sup>6</sup>. Alguns anos depois, novas características foram atribuídas à síndrome da combinação, como: perda da dimensão vertical de oclusão, discrepâncias do plano oclusal, reposicionamento espacial da mandíbula na região anterior, má adaptação da prótese e alterações periodontais<sup>7</sup>.

Apesar da literatura expor amplamente os sinais clínicos característicos, ainda há uma discussão em relação a quantos sinais simultaneamente são necessários para caracterizar o diagnóstico da síndrome, uma vez que, na maioria dos pacientes (84.85%), é possível observar apenas entre 2 a 4 dos sinais<sup>9</sup>.

A síndrome foi observada e descrita pela primeira vez por Ellsworth Kelly<sup>10</sup>, ao analisar seis pacientes portadores de prótese total superior ocluída com prótese parcial removível de extensão distal (Classe I de Kennedy), o mesmo relatou também que a reabsorção óssea da parte anterior da maxila seria o gatilho para desencadear as demais alterações subsequentes, que tendem a se agravar de maneira gradativa, caso os fatores causadores das deformidades não venham a ser controlados ou atenuados.

## DISCUSSÃO

O tratamento da síndrome da combinação objetiva devolver ao paciente uma oclusão balanceada, minimizando a carga de oclusão na região anterior da maxila, devido aos antagonistas naturais inferiores, minimizando, ou ao menos impedindo a progressão, das alterações causadas ao aparelho estomatognático<sup>11</sup>.

Em grande parte dos casos, percebe-se que pacientes tratados com prótese total a avaliação não é feita em profundidade, resultando no aparecimento de falhas na execução e, por conseguinte, próteses insatisfatórias. Assim, ao se instalarem próteses inadequadas, as mesmas resultam em desconforto para o paciente, desestabilização da oclusão, função mastigatória insuficiente e problemas estéticos. Tendo como principal resultado, a incapacidade de utilizar a prótese<sup>2,6,10,12</sup>.

Ao medir os processos de reabsorção alveolar

que ocorrem em pacientes com overdentures mandibulares com 2 implantes e próteses superiores totalmente removíveis comparando o mesmo processo em pacientes com próteses totais removíveis em ambos os arcos, verificou-se que a síndrome da combinação de Kelly não ocorreu no grupo de pacientes usuários de overdentures. Por outro lado, a perda óssea mandibular foi 2.5 vezes maior nos pacientes do grupo com próteses totais removíveis em ambos os arcos<sup>13-14</sup>.

Dessa maneira, ainda na fase transoperatória, é necessário um esquema oclusal balanceado bilateral, cúspides baixas e dentes anteriores com ausência ou mínimo contato em oclusão cêntrica, exercendo somente a função estética e fonética<sup>15</sup>. A literatura informa que alguns cuidados devem ser tomados na fase pré-operatória, como: remoção cirúrgica de epúlides fissurados com condicionamento tecidual. No que se refere à hiperplasia inflamatória na região de palato duro e região anterior do fundo de vestibulo, algumas condutas podem ser tomadas, associadas ou não, para a correção do problema: alívio do flange vestibular da prótese total; condicionamento tecidual pelo reembasamento ou regularização da superfície da base da prótese e cirurgia para a retirada do tecido hiperplásico<sup>2,12,15</sup>.

Como já apresentado, a síndrome acomete pacientes portadores de próteses totais superiores que antagonizam com arcadas classe I de Kennedy. Caracteriza-se por intensa reabsorção óssea em região de pré-maxila decorrente de hábitos mastigatórios inadequados. Observa-se, por conseguinte, uma série de patologias que completam o quadro clínico. Um correto diagnóstico e tratamento podem impedir ou atenuar a evolução da doença. A indicação de cirurgias pré-prótéticas, próteses convencionais ou sobre implantes dependerá da condição específica do paciente<sup>4,8,16</sup>.

A seu turno, algumas precauções deveriam ser tomadas para impedir o desenvolvimento das doenças dos tecidos moles, como por exemplo: o paciente deveria ser motivado a praticar hábitos adequados de uso das próteses, como não usar à noite, deveria ser instruído a remover as próteses depois das refeições e escová-las vigorosamente com sabão antes de reinserir-las. A mucosa em contato com a prótese deve ser mantida limpa e massageada com escova dental macia. Pacientes com infecções recorrentes devem ser persuadidos a não usar as próteses à noite e sim deixá-las expostas ao ar livre, que parece ser um meio seguro e eficiente para impedir a colonização microbiana.

Medicamentos antifúngicos poderiam ser usados para remover a *Candida albicans* residentes na mucosa oral e na superfície interna da prótese, mas a recorrência da infecção é observada se a higiene não for melhorada<sup>16</sup>.

Sabe-se que as alterações inflamatórias que ocorrem no palato são provavelmente causadas pela má adaptação da prótese total superior, que é acentuada com o desenvolvimento das características da síndrome. Essas mudanças também podem ser causadas pela higiene oral precária e por câmeras de sucção existentes na base da prótese<sup>17-18</sup>.

Nos casos de tratamento com confecção de uma prótese parcial removível inferior, deve-se realizar uma moldagem funcional com extensão da base da prótese<sup>2</sup>. No que se refere as sobredentaduras completamente sustentadas por implantes, sabe-se que requerem o mesmo número de implantes que as próteses fixas implantossuportadas, assim o custo pode ser similar. Próteses fixas têm uma sobrevida maior do que as sobredentaduras, devido às conexões não precisarem de reposição e o desgaste sofrido pela prótese de acrílico ser maior do que na prótese metalo-cerâmica<sup>19</sup>.

A prevenção da perda de estabilidade oclusal posterior evitando assim a sobrecarga na região anterior, tem sido, portanto, considerada a principal abordagem visando o tratamento ou minimização das alterações acarretadas pela síndrome da combinação<sup>20</sup>. Uma vez que a reabsorção do rebordo residual é inevitável e contínua em próteses mucossuportadas ou dentomucossuportadas<sup>21-22</sup>, as próteses implantossuportadas têm sido uma excelente opção para o tratamento de arcos edêntulos, conseguindo devolver a estabilidade oclusal necessária para reabilitação desses casos, de forma a minimizar futuras alterações ósseas<sup>23</sup>.

## CONCLUSÃO

Tendo como base a revisão da literatura acerca da síndrome da combinação, pode-se concluir que é fundamental atentar-se ao correto diagnóstico dos sinais de destruição dos tecidos de suporte, como tam-

bém estabelecer quais as necessidades pré-protéticas para possibilitar um adequado manejo reabilitador no paciente. Ao instituir um plano de tratamento para esses casos, a literatura sugeriu como melhores as próteses implantorretidas, uma vez que parecem ser uma boa para minimizar a morbidade do quadro clínico a longo prazo e restabelecer um equilíbrio oclusal com longevidade e previsibilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Amorim PGM, Farani CC, Magalhães EC, Menezes RM, Mota AAS, Motta JE, et al. Síndrome da combinação: uma revisão de literatura. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*. 2006;33:47-51.
2. Vanzillotta PS, Pinto CAF, Briote MIM, Lima FSLCS. Síndrome da combinação. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(2):199-202.
3. Sousa SA, Miranda LM, Queiroz JRC. Síndrome da combinação: considerações clínicas e relato de caso. *Full Dent Sci*. 2015;6(22):223-7.
4. Campos AL. Fundamentação dos implantes osseointegrados no tratamento e prevenção da síndrome da combinação. *Innov Implant J Biomater Esthet*. 2010;5(2):60-4.
5. Oliveira BFR, Arruda IS, Pereira JJN, Grangeiro MTV, Bastos PL, Figueiredo VMG. Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso. *RFO-UPF*. 2018;23(3):305-9.
6. Costa MM, Cardoso GM, Ferreira Júnior LH, Resende CD, Tavares LN, Rocha FS, et al. Síndrome da combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. *ROBRAC*. 2016;25(72):59-64.
7. Resende CMBM, Ribeiro JAM, Dias KC, Carreiro AFP, Rego MPP, et al. Sinais da síndrome da combinação e o uso de prótese parcial removível. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(6) 390-5.
8. Cabianca M. Combination syndrome: treatment with dental implants. *Implant Dent*. 2003;12(4):300-5.
9. Cunha LDAP, Rocha EP, Pellizzer EP. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. *RGO*. 2007;55(4):325-32.
10. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J Prosthet Dent*. 1972;27(2):140-50.

11. Zanetti GR, Castro GCD, Borges-Filho FF, Peçanha MM, Zanetti LSDS. Guia cirúrgico modificado para tuberoplastia em pacientes com síndrome da combinação. *Rev Odontol UNESP*. 2010;39(2):131-5.
12. Telles D. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2011.
13. Zarb GA, Bolender CL. Tratamento protético para os pacientes edêntulos: próteses totais convencionais e implantossuportadas. São Paulo: Santos; 2006.
14. López-Roldán A, Santolaya Abad D, Gregori Bertomeu I, Gómez Castillo E, Selva Otaolaurruchi E. Bone resorption processes in patients wearing overdentures. A 6-years retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(4):E203-9.
15. Jameson WS. The use occlusion to treat a patient with combination syndrome: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2001;85(1):15-9.
16. Marcacci S, Maekawa LE, Lamping R, Santos AAR, Maekawa MY. Reabilitação oral com prótese total híbrida e prótese parcial removível: alternativa para prevenção da síndrome de Kelly. *PCL*. 2004;6(30):120-6.
17. Saunders TR, Gillis Jr RE, Desjardins RP. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. *J Prosthet Dent*. 1979;41(2):124-8.
18. Fairchild JM. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate. *J Prosthet Dent*. 1967;17(3):232-7.
19. Misch CE. Implantes dentais contemporâneos. São Paulo: Elsevier; 2009.
20. Tolstunov L. Management of biomechanical complication of implant-supported restoration of a patient with combination syndrome: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67(1):178-88.
21. Lechner SK, Mammen A. Combination syndrome in relation to osseointegrated implant-supported overdentures: a survey. *J Prosthodont*. 1996;9(1):58-64.
22. Carlsson GE. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1998;79(1):17-23.
23. Sethi A, Kaus T. Practical implant dentistry: diagnostic, surgical, restorative and technical aspects of aesthetic and functional harmony. Chicago: Quintessence; 2005.