



ANIMA EDUCAÇÃO

CAROLINA DOS SANTOS

MELISSA CRISTINE PEREIRA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO:
RELATO DE CASO.**

Joinville- SC

2023

CAROLINA DOS SANTOS

MELISSA CRISTINE PEREIRA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO:
RELATO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia do Centro Universitário Unisociesc-Campus Anita Garibaldi como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Dr. Felipe da Silva Peralta

Coorientadora(a): Prof. Me. Tatiana Konrad Fischer

Coorientadora(a): Prof. Esp. Flaira Rita Albino dos Santos

Joinville - SC

2023

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: RELATO DE CASO.

Carolina dos Santos (carolsantos21@gmail.com), (Aluna do Curso de Graduação em Odontologia, UNISOCIESC, Joinville, Santa Catarina, Brasil)

Melissa Cristine Pereira (mepereira1@gmail.com), (Aluna do Curso de Graduação em Odontologia, UNISOCIESC, Joinville, Santa Catarina, Brasil)

Resumo: *A Síndrome da combinação foi descrita pela primeira vez em 1972 por Ellsworth Kelly e pode ser observada em pacientes que usam prótese total superior, com ausência dos dentes posteriores inferiores bilateral, e que nunca usaram prótese parcial removível. Essa síndrome apresenta algumas características distintas como: perda óssea na região anterior da maxila, aumento de volume ósseo das tuberosidades, vestibularização e extrusão dos incisivos inferiores, perda de volume ósseo do rebordo mandibular e hiperplasia gengival na região do palato duro. Um dos fatores relacionados com a etiologia da síndrome da combinação consiste no uso incorreto da prótese total superior associada com a prótese parcial removível inferior. Além disso, o estabelecimento do correto diagnóstico da síndrome, pode-se tornar um problema para os cirurgiões dentistas, tendo em vista que muitos profissionais desconhecem essa condição. O presente estudo teve como objetivo descrever as características clínicas relacionadas com a síndrome da combinação, fundamentais para o seu diagnóstico, bem como, relatar um caso clínico de um paciente reabilitado com prótese total superior e prótese removível inferior.*

Palavras-chave: *Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Reabilitação Bucal, Dimensão Vertical, Oclusão Dentária, Perda de Dente.*

Abstract: *The combination syndrome was described for the first time in 1972 by Ellsworth Kelly and can be observed in patients who use a conventional upper denture, who have absence of bilateral lower posterior teeth, and who had never been used a removable partial denture. This syndrome has some distinct characteristics such as: bone loss in the anterior region of the maxilla, increase of the bone volume of tuberosities, proclination and extrusion of the lower incisors, loss of bone volume in the mandibular ridge and gingival hyperplasia in the hard palate. One of the factors related to the etiology of the combination syndrome is the improper use of a conventional upper denture associated with the lower removable partial denture. Furthermore, the establishment of the correct diagnosis of the syndrome can become a problem for dentists, considering that many professionals not understand this condition. The present study aims to describe the clinical characteristics related to the combination syndrome fundamental for the diagnosis, as well as report a clinical case of patient rehabilitated with conventional upper denture and lower removable partial denture.*

Key-words: *Complete Dentures; Removable Partial Denture, Mouth Rehabilitation, Vertical Dimension, Dental Occlusion, Tooth Loss.*

INTRODUÇÃO

O edentulismo é definido como a perda total ou parcial dos dentes permanentes, que pode ocorrer em decorrência das doenças periodontais e cárie, iatrogenia, fatores socioeconômicos, entre outros (TYROVOLAS-STEFANOS *et al.*, 2016). Durante muito tempo, o Brasil foi conhecido como o “País dos desdentados”, uma cultura que infelizmente “naturalizou” a perda dentária, principalmente entre idosos (AGOSTINHO *et al.*, 2015).

O Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal – SB-Brasil 2010, mostrou importante redução no número de dentes perdidos em adolescentes e adultos. Destacando os idosos, cerca de metade dos indivíduos eram edêntulos, com diferença entre regiões (PERES *et al.*, 2013). Considerando a necessidade do uso de prótese total superior, cerca de 15,4% da

população investigada necessita fazer uso, com maior incidência na Região Norte (17,6%) e menor na Região Sul (6,9%). Cerca de 5,0% da população têm necessidade de prótese parcial associada à prótese total (BRASIL, 2012).

Considerando o processo de envelhecimento, a perda dentária não é a resultante natural, sendo que, a preservação da dentição permanente e do estado funcional do sistema estomatognático deve ser esperado (AGOSTINHO *et al.*, 2015). Entretanto, quando o paciente se encontra edêntulo, faz-se necessário a reabilitação oral, que dependerá de critérios estabelecidos durante o plano de tratamento, que analisa detalhadamente a necessidade do paciente. Como objetivo do tratamento, destacam-se: a reabilitação funcional do sistema estomatognático, manutenção da saúde bucal, fonética, estética e preservação tecidual. Além disso, possibilita a reversão de danos psicológicos que normalmente acometem os pacientes (RUSSI-SÉRGIO *et al.*, 2015; MARTINS-SILVA *et al.*, 2008).

Diversas possibilidades de tratamento podem ser consideradas, tais como: a confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e implantes osseointegrados, tendo em conta suas diversas configurações de prótese sobre implante (GOYATÁ *et al.*, 2010).

O uso indiscriminado de próteses mal adaptadas pode levar a perda óssea na região anterior da maxila (pré-maxila), aumento do volume ósseo nas tuberosidades maxilares, hiperplasia papilar em palato duro, hiperplasia gengival na região anterior superior, extrusão e vestibularização dos dentes anteriores inferiores. Tais características são sinais indicativos da síndrome da combinação (COSTA *et al.*, 2016).

A síndrome da combinação foi descrita pela primeira vez por Ellsworth Kelly em 1972, que correlacionou sinais e sintomas que ocorrem com o uso da prótese total superior e prótese parcial removível inferior, em pacientes com extremo livre bilateral (classe I de Kennedy) (COSTA *et al.*, 2016).

O estabelecimento do diagnóstico relacionado a síndrome da combinação, pode ser desafiador para o cirurgião dentista, pois os sinais apresentados pelos pacientes podem variar consideravelmente, sendo muitas vezes confundidos com outras condições (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Dessa forma, é fundamental que os cirurgiões-dentistas conheçam as características clínicas relacionadas a essa síndrome (SILVEIRA *et al.*, 2010).

O presente estudo tem como objetivo descrever as características clínicas relacionadas com a síndrome da combinação. Além disso, relatar um caso clínico de paciente diagnosticado com a síndrome da combinação, reabilitado com prótese total superior e prótese removível inferior.

RELATO DE CASO

Paciente D.B., 72 anos, gênero masculino, leucoderma, diabético, procurou atendimento na clínica odontológica da Unisociesc Joinville, tendo como queixa principal sua prótese total superior mal adaptada e fraturada na região dos dentes 11, 12 e 13 (Fig 01).

Figura 1: Imagem inicial da prótese total superior.



Fonte: Autores, 2023

Durante a anamnese, o paciente informou que utiliza a mesma prótese há mais de 50 anos, e que não frequenta o consultório odontológico há mais de 10 anos. Nesse momento, realizou-se o registro fotográfico do paciente (Figura 02, Figura 03, Figura 04 e Figura 05).

Figura 02 - Imagem em repouso com a prótese total superior.



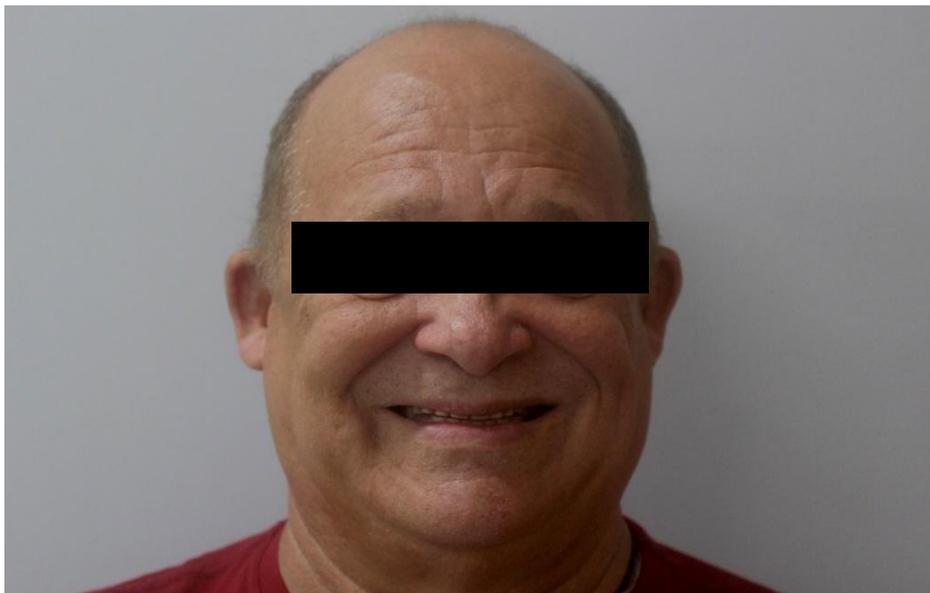
Fonte: Autores, 2023

Figura 03 - Imagem com sorriso forçado.



Fonte: Autores, 2023

Figura 04 – Imagem frontal do paciente.



Fonte: Autores, 2023

Figura 05 – Imagem de perfil do paciente.



Fonte: Autores, 2023

Durante o exame clínico, e posteriormente confirmado por meio de exame radiográfico (Figura 06), foi observado discreta reabsorção óssea na região anterior da maxila (pré-maxila), aumento de volume das tuberosidades maxilares e hiperplasia gengival na região de palato duro (Figura 07).

Figura 06 - Raio X Panorâmico.



Fonte: Autores, 2023

Figura 07 – Imagem inicial do palato duro.



Fonte: Autores, 2023

Além disso, o paciente apresentava os incisivos inferiores vestibularizados, ausência bilateral dos dentes posteriores inferiores (classe I de Kennedy), perda óssea vertical em rebordo mandibular na região posterior, diminuição da Dimensão vertical de oclusão (DVO) e raízes residuais dos dentes 36 e 44). Após análise dessas características, o paciente foi diagnosticado com a Síndrome da combinação.

O tratamento preconizado para os pacientes portadores da Síndrome da Combinação é a distribuição de força excessiva na região anterior da maxila, considerando os contatos cêntricos e excêntricos, estabelecendo portanto uma oclusão balanceada. Para isso, a confecção de novas próteses com oclusão balanceada e a remoção cirúrgica do tecido hiperplásico do palato e da tuberosidade maxilar são fundamentais (ALMEIDA *et al.*, 2008).

O plano de tratamento consistiu na remoção das raízes residuais dos elementos 36 e 44, confecção de uma prótese parcial removível inferior (PPR) e substituição da prótese total superior, com aumento da dimensão vertical de oclusão (DVO). A exodontia foi realizada inicialmente, e após o período cicatricial de 60 dias, deu-se início a confecção das próteses dentárias.

A moldagem preliminar (anatômica) da arcada superior e inferior foi realizada com alginato (Hydrogum®, Zhermack, Badia Polesine, RO, Italy) pois permite um melhor afastamento dos tecidos e delimita corretamente a área chapeável e suas características. A moldagem preliminar serve como base para a confecção da moldeira individual. De posse do modelo de trabalho inferior, realizou-se o planejamento da estrutura metálica (posição dos grampos).

Os nichos de apoio dos grampos da PPR foram preparados na região méso-oclusal do dente 34 e na face lingual do dente 43. O tipo de barra utilizada foi a lingual dupla.

Após a obtenção do modelo de trabalho superior, foi confeccionada a moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável (Jet®, Artigos Odontológicos Clássico Ltda., Campo Limpo Paulista – SP, Brasil) e realizado o seu selamento com Godiva (Godibar®, Lysanda Prod. Odontológicos Ltda, São Paulo, SP, Brasil) para a delimitação da área basal. A moldagem funcional foi obtida com pasta zinco-enólica (Lysanda®, Lysanda Prod. Odontológicos Ltda, São Paulo, SP, Brasil). A técnica de moldagem utilizada foi a moldagem de mínima pressão, indicada para pacientes portadores da síndrome da combinação pois minimiza o risco de deformação na região com fibromucosa móvel (ALMEIDA *et al.*, 2008).

Na semana subsequente, realizou-se a prova da estrutura metálica da PPR inferior e do rodete de cera superior (prótese total). Para avaliar a dimensão vertical de oclusão, foi utilizado o método métrico de Willis, método fonético, método de deglutição, método estético e métodos das proporções faciais (RUSSI *et al.*, 2015). A DVO foi aumentada de 4,5 mm para 6,5 mm na maxila. Durante a realização do registro do plano de orientação inferior, junto à estrutura metálica da PPR, obteve-se a curva de Spee e definição da DVO.

O registro da linha média, guia canina, linha do sorriso gengival, plano de orientação e ajuste do corredor bucal se deu por meio da demarcação do rodete de cera com o esculpido Lecron. Conclui-se assim as etapas relacionadas aos registros funcionais e estéticos. Observou-se também a área de retenção da prótese total.

Posteriormente, realizou-se a seleção dos dentes artificiais, optando por dentes anteriores com aspecto médio e triangular. Em relação aos dentes posteriores, foi solicitado dentes com altura ocluso-cervical média. A cor dos dentes foi obtida por meio da escala trilux (cor 2a). Em seguida, o trabalho foi enviado ao laboratório para montagem dos dentes (Figura 08).

Figura 08 – Prova dos dentes artificiais.



Fonte: Autores, 2023

Enquanto realizávamos a prova dos dentes, consideramos a forma, tamanho e cor dos

mesmos, bem como, a proporção e harmonia facial do paciente. Além disso, foi realizado as provas funcionais de oclusão e fonética. Após a aprovação do paciente, os modelos foram enviados ao laboratório de prótese dentária para acrilização.

Na consulta de instalação das próteses, foram realizados ajustes funcionais, oclusão em relação central, movimentos de lateralidade e protrusão. Foram realizados testes de retenção, estabilidade, suporte e oclusão, bem como, os testes fonéticos. (Figura 09 e Figura 10).

Figura 08 – Confeção da nova prótese superior.



Fonte: Autores, 2023

Figura 10 - Imagem com a PPR inferior instalada.



Fonte: Autores, 2023

O paciente recebeu orientação de higiene bucal considerando os cuidados necessários aos dentes e próteses, sendo que, o seu retorno ficou agendado para sete dias (consulta de proervação). No dia dessa consulta, o paciente relatou um leve desconforto relacionado a estrutura metálica da prótese parcial removível, na região de fundo de sulco no vestibulo lingual, próximo a região do dente 43. Nesse momento, foi realizado ajustes com a broca de tungstênio Maxicut e disco de granulação e polimento. Além disso, observou-se que a hiperplasia na região de palato duro havia regredido (Figura 11).

Figura 11 - Imagem final do palato duro.

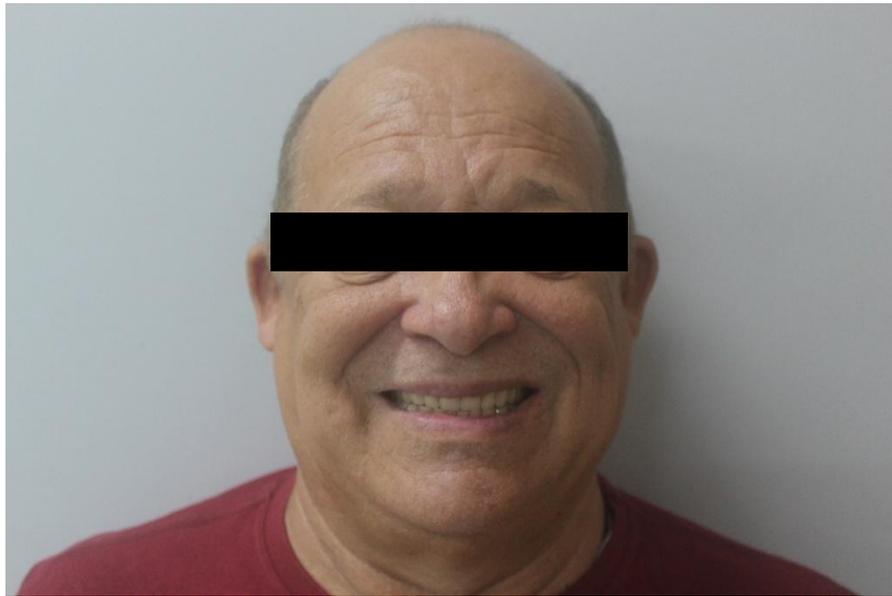


Fonte: Autores, 2023

O paciente também foi orientado sobre a importância do uso correto das próteses para a estabilização do avanço dos sinais da síndrome da combinação, sendo informado que, consultas de acompanhamento clínico deveriam ser realizadas periodicamente, a cada 6 meses.

Após 2 semanas, o paciente retornou a clínica da universidade e relatou boa adaptação, além de satisfação com o tratamento. Nesse momento, realizou-se as fotos finais. (Figura 12 e Figura 13).

Figura 12 – Imagem frontal do paciente (final).



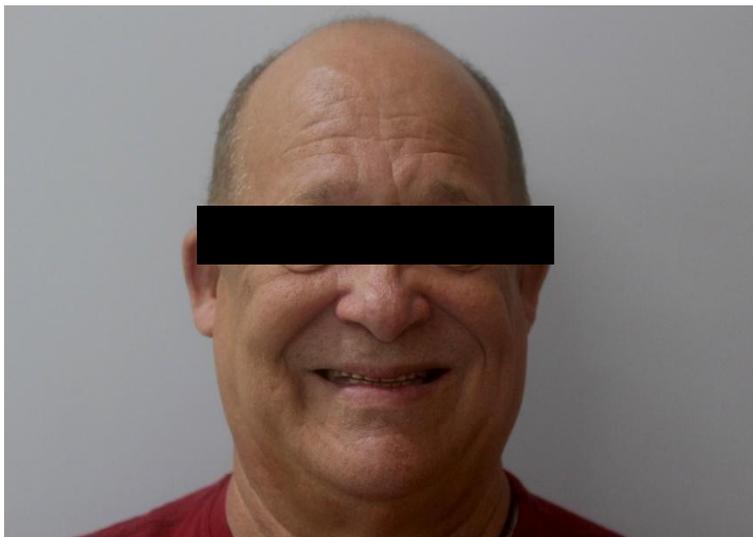
Fonte: Autores, 2023

Figura 13 – Imagem de perfil do paciente (final).



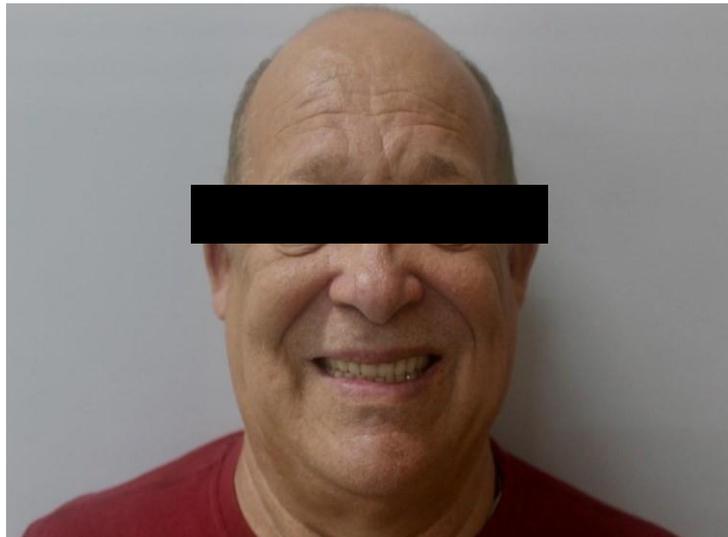
Fonte: Autores, 2023

Figura 14 – Imagem frontal (inicial).



Fonte: Autores, 2023

Figura 15 – Imagem frontal (final).



Fonte: Autores, 2023

Figura 16 – Imagem de perfil (inicial).



Fonte: Autores, 2023

Figura 17 – Imagem de perfil (final).



Fonte: Autores, 2023

MÉTODO

O estudo é baseado em um relato de caso, no qual foi abordado os seus achados clínicos e os respectivos desafios para o diagnóstico do paciente com a síndrome da combinação.

A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2023, onde inicialmente, realizou-se a busca eletrônica nas bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *Google Acadêmico* e *BVS*. Foram considerados os seguintes termos: “*Complete Denture*”; “*Prosthetic Oral Rehabilitation*”; “*Edentulism*”, “*Combination Syndrome*”; “*Síndrome da Combinação*”, “*Prótese Total*”, “*Reabilitação Oral Protética*”, “*Aumento da Dimensão De Oclusão*” e “*Edentulismo*”. Foram encontrados 1003 artigos com os termos da pesquisa. Os títulos e os resumos dos estudos identificados pelas estratégias de busca foram avaliados pelos revisores e selecionados de acordo com a sua

relevância e critérios de exclusão. Dentre os critérios de exclusão adotados podemos destacar: 1) Relatos de caso clínico de paciente(s) sem diagnóstico da síndrome da combinação; 2) artigos indisponíveis gratuitamente; 3) artigos em qualquer idioma; 4) artigos com pouca relevância científica considerando o assunto abordado. No total foram considerados 17 artigos para o estudo. Todas as imagens utilizadas nesse relato de caso, foram autorizadas legalmente pelo paciente, mantendo o sigilo da identidade do mesmo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi anexado à documentação local do Curso de Odontologia da Unisociesp em meio físico e digital.

DISCUSSÃO

A Síndrome da Combinação é um termo cunhado por Ellsworth Kelly em 1972 para descrever as condições inter-relacionadas que ocorrem em pacientes com a maxila desdentada e mandíbula com a presença dos dentes anteriores apenas, usuários de prótese total superior e prótese parcial removível inferior (classe I de Kennedy).

As características clínicas descritas por Kelly em 1972 são: perda óssea na região anterior da maxila (pré-maxila), aumento do volume ósseo das tuberosidades maxilares, hiperplasia papilar no palato duro, hiperplasia gengival na região anterior superior, extrusão e vestibularização dos dentes anteriores inferiores. Essas características referidas pelo autor são comumente utilizadas como parâmetro para o diagnóstico da síndrome descrito em diversos estudos (COSTA *et al.*, 2016).

Saunders *et al.* (1979) descreveram outras seis características, sendo elas: perda da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento anterior da mandíbula, adaptação inadequada de próteses, *epulus fissuratum* (hiperplasia fibrosa inflamatória) e alterações periodontais como consequência do processo de reabsorção óssea. Contudo, nem sempre essas características citadas anteriormente podem ser observadas em todos os pacientes diagnosticados com a síndrome da combinação.

Além de encontrarmos a síndrome em pacientes classe I de Kennedy, Saunders, Gillis e Desjardins (1979) observaram características clínicas da síndrome da combinação em outras situações, como: desdentados totais na maxila em oclusão com arco inferior classe II (de Kennedy), desdentados totais na maxila em oclusão com arcada inferior classe III modificação I (de Kennedy), desdentados totais na maxila com prótese implantossuportada em oclusão com arco inferior, pacientes parcialmente desdentados na maxila com espaço protético anterior amplo em oclusão com arcada inferior classe III (de Kennedy).

Goyatá *et al.* (2010) discutem que a Síndrome da Combinação também pode ser observada em pacientes com prótese parcial removível classe III modificação 2 de Kennedy, assim como em pacientes desdentados totais na maxila com prótese tipo overdenture retida por implantes.

Kelly E. (1972), concluiu em seu estudo que a preservação dos dentes posteriores, mantendo a estabilidade oclusal e evitando o uso da combinação de prótese total superior e prótese parcial removível inferior classe I de Kennedy é a melhor maneira de prevenir e tratar a síndrome. Entretanto, Oliveira *et al.* (2018) descreveu que a confecção de prótese total na maxila e prótese parcial removível na mandíbula é uma forma de tratamento para essa síndrome.

Além disso, Oliveira *et al.* (2018) afirmou ainda que, a instalação de implantes osseointegrados como forma de reabilitação para pacientes com a síndrome da combinação, constitui uma forma de tratamento previsível para a síndrome, gerando melhores resultados clínicos.

Quanto ao nível de conhecimento dos profissionais, para avaliação e condução do tratamento, a pesquisa realizada por Rytsa Silveira *et al.* (2010) no estado do Rio Grande do Norte, mostrou que os cirurgiões-dentistas apresentaram diferentes níveis de conhecimento sobre a síndrome da combinação. Dos participantes, 53% conheciam a teoria e utilizavam critérios específicos de atendimento (como a escolha correta do tipo de moldagem e a correta preservação das próteses adaptadas), enquanto 18% nunca tinham ouvido falar sobre a síndrome. Em relação ao atendimento de pacientes com a síndrome da combinação, 75% dos profissionais afirmaram atender esses pacientes, enquanto 18% não atendiam. Em relação ao conhecimento de técnicas de moldagem específicas, 61% dos participantes afirmaram conhecer, enquanto 39% não conheciam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do cirurgião-dentista é fundamental para o diagnóstico preciso e o sucesso do tratamento reabilitador. No presente relato de caso, obteve-se um bom resultado clínico, sendo possível destacar: o aumento da dimensão vertical de oclusão (DVO), melhora na adaptação das próteses, melhor distribuição das forças oclusais e melhora na fonética e estética. Além disso, o aspecto psicossocial do paciente e a melhora na sua qualidade de vida foi evidente após a conclusão do tratamento.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara*, v. 44, n. 2, p. 74- 79, 2015.
- ALMEIDA, E. O. *et al.* Os desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. *Rev. INPEO de Odontologia*. 2008; 2 (1): 1-78
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Pesquisa nacional de saúde bucal*. Brasília, 2012.
- COSTA, M.M, *et al.* Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. *Rev Odontol Bras Central* 2016;25(72).
- CUNHA, L.A. de P. da; ROCHA, E. P.; PELLIZZER, E.P.. Prevalência da síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 325-328, 2007.
- GOYATÁ, F. R. *et al.* Síndrome da Combinação: relato de caso clínico. *IJD. International Journal of Dentistry*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 160-164, 2010.
- KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 27, n. 2, p. 140-150, 1972.
- OLIVEIRA, B. F. R. *et al.* Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 2018.
- OLIVEIRA, F.T.S. *O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos*. Monografia (Especialização em Saúde do Idoso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2013.
- PERES, M.A. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev. saúde pública*;47(3):p.78-79, dez.2013.
- RESENDE, C. M. B. M., RIBEIRO, J. A. M., DIAS, K. C., REGO, M. P. P., QUEIROZ, J. W. N., BARBOSA, G. A. S., & SANTOS, J. F. F. (2014). Signs of combination syndrome and removable partial denture wearing. *Revista de Odontologia da UNESP*, 43(6), 390-395.
- RUSSI, S.; ROCHA, E. P. *Prótese Total e Prótese Parcial Removível*. São Paulo: Artes Médicas, 2015
- SAUNDERS, T.; GILLIS, J.; DESJARDINS, R. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. *J Prosthet Dent*. 1979; 41(2); 124-8.
- SILVA, M. E. S. *et al.* Impact of tooth loss in quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 15, n. 3, p. 841-50, 2008.
- SILVEIRA, R.S.M. *et al.* Síndrome da combinação - conhecimento e aplicabilidade por parte dos professores de prótese das universidades públicas e privadas e protesistas do estado do Rio Grande do Norte. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 39, n. 5, p. 266-272, set./dez. 2010.
- TOLSTUNOV, L. Combination Syndrome: Classification and Case Report. *Journal of Oral Implantology*, 2007. 33(3): 139-51.
- TYROVOLAS, S. *et al.* Population prevalence of edentulism and its association with depression and self- rated health. *Scientific Reports*, [S.l.], v. 6, p. 38994, 2016. 9 p.