

Síndrome da Combinação – Relato de Caso Clínico

Combination Syndrome – A Case Report

Frederico dos Reis Goyatá
Vilma Lúcia Tostes
Carlos Roberto Teixeira Rodrigues
Renato Bruno Corga
Leonardo Gonçalves Cunha

1 - Especialista, Mestre e Doutorando em Prótese – UNITAU – Taubaté-SP
Professor de Prótese, Dentística e Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras-RJ.

2 - Cirurgiã-dentista graduada pelo Curso de Odontologia da USS – Vassouras-RJ.

3 - Professor de Prótese, Dentística e Clínica Integrada do Curso de Odontologia da USS – Vassouras -RJ.

4 - Cirurgião-dentista e Especialista em Periodontia pelo Unifoa – Volta Redonda – RJ.

5 - Professor Doutor de Pós Graduação da UNITAU – Taubaté-SP.

Correspondência:

Endereço: Av. Rui Barbosa, 310/802.
Bairro Liberdade, CEP: 27521-190
Resende/RJ.
Telefone: (24) 33593012.
E-mail: fredgoyata@oi.com.br

RESUMO

As características clínicas da Síndrome da Combinação descritas por Kelly em 1972 e apresentadas em diversos estudos na literatura, são as principais fontes de diagnóstico e planejamento clínico para realização de uma reabilitação protética em pacientes edêntulos parciais ou totais. Diferentes propostas de tratamento foram apresentadas e descritas ao longo dos anos e todas convergem para a necessidade de restabelecer contato oclusal posterior e minimizar os efeitos adversos do contato anterior entre dentes naturais inferiores e dentes artificiais em resina acrílica das próteses totais superiores. Considerando que a associação de Prótese Total Superior e Prótese Parcial Removível Inferior pode ser um dos fatores desencadeantes da Síndrome da Combinação, este trabalho tem por objetivo demonstrar as características clínicas e apresentar uma forma de tratamento, por intermédio de um relato de caso clínico, devolvendo função, fonética e estética ao paciente.

Palavras-chave: Prótese Dentária; Prótese Total; Prótese Parcial Removível

ABSTRACT

The clinical characteristics of the Syndrome of the Combination described by Kelly in 1972 and presented in several studies reported in the literature, are the main sources of clinical diagnosis and planning for the attainment of a prosthetic rehabilitation in patients partially or totally edentulous. Different treatment were presented and described throughout the years, where all converge to the need to restore occlusal posterior contact and minimize the adverse effects of previous contact between natural lower teeth and acrylic resin teeth of upper complete dentures. The association of upper complete denture and lower removable partial prosthesis may be one of the factors triggering the combination syndrome, the aim this work was demonstrated the clinical characteristics and a method of treatment with return of function, aesthetics and phonetics the patients.

Key words; Dental Prosthesis; Complete Dentures; Partial Removable Prosthesis

INTRODUÇÃO

A possibilidade de perder todos os dentes da boca é um fato negativo na vida das pessoas, aspectos funcionais, estéticos e psicológicos envolvem este momento triste na vida de grande parte da população brasileira. As próteses totais constituem num tratamento há muito tempo oferecido a estes pacientes, devolvendo-lhes função mastigatória, estabilidade muscular, articular e estética¹⁻³, visto que a necessidade estética em um tratamento odontológico é hoje, uma exigência da sociedade e deve ser considerada tão importante quanto à recuperação anatômica e funcional de um dente⁴.

Há pouco tempo, os pacientes que necessitavam de tratamento com prótese total eram avaliados com pouca

profundidade, com isso possibilitando o aparecimento de falhas em virtude de uma anamnese e exame clínico conduzidos de maneiras incorretas⁵.

Quando o paciente apresenta-se como desdentado total ou parcial anterior superior e associados a este quadro presença de dentes anteriores inferiores (Síndrome de Kelly) o processo de reabsorção óssea da pré-maxila é bastante acentuado e deve ser rapidamente diagnosticado e tratado^{6,7}.

As características clínicas desta síndrome, também denominada de Síndrome da Combinação são: reabsorção óssea da pré-maxila, hiperplasia papilar do palato, extrusão dos dentes anteriores inferiores, reabsorção óssea nos extremos livres mandibulares, aumento das tuberosidades. Conhecer estas alterações é extremamente importante para o cirurgião-

dentista determinar um planejamento protético eficiente e viabilizar uma reabilitação funcional do paciente⁸⁻¹¹. Nem sempre as manifestações clínicas decorrentes da Síndrome da Combinação ocorrem simultaneamente, uma vez que a perda dos dentes pode ocorrer em tempos diferentes e tratamentos restauradores e reabilitadores podem ser realizados em diferentes épocas da vida do paciente^{12,13}. As possibilidades de reabilitação protética dos pacientes desdentados totais na maxila e com presença de dentes naturais inferiores anteriores são inúmeras: confecção de prótese total superior e prótese parcial removível inferior, instalação de implantes osseointegrados para confecção de overdentures maxilares e mandibulares, prótese parcial fixa implanto suportada (protocolo de Branemark)¹⁴⁻¹⁷. A escolha da modalidade de reabilitação oral do paciente dependerá do caso clínico assim como das condições fisiológicas e financeiras do paciente.

Realizar um diagnóstico precoce das características clínicas da Síndrome da Combinação é importante para se prevenir uma reabsorção óssea extensa da pré-maxila anterior viabilizando uma futura reabilitação protética funcional e estética com próteses convencionais ou sobre implantes.

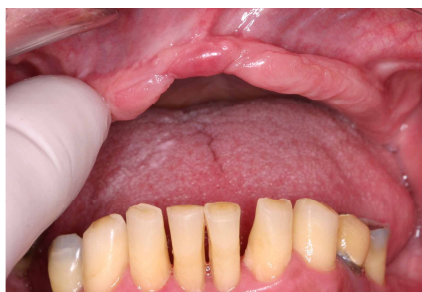
Este trabalho tem por objetivo relatar, por meio de um caso clínico, as características clínicas presentes em um paciente com prótese total superior e dentes anteriores inferiores com contato dental anterior, e apresentar uma proposta de tratamento reabilitador, restabelecendo função, fonética e estética ao paciente.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente, gênero masculino, G, A., 65 anos, apresentou-se a Clínica de Prótese Total Removível do Curso de Odontologia da USS – Vassouras – RJ, queixando-se de falta de retenção e estabilidade da sua prótese total superior.

Ao exame clínico inicial, constatou-se que o paciente utilizava uma prótese total superior há pelo menos 30 anos e possuía dentes inferiores anteriores e ausência bilateral de dentes posteriores (classe II de Kennedy modificação I) sem fazer uso de uma prótese parcial removível, apresentavam-se também com perda da dimensão vertical de oclusão, hiperplasia e fibrose gengival na região anterior (figuras

1,2,3). Na arcada inferior, dentes anteriores remanescentes extruídos e com diastemas múltiplos (figura 4). Observou-se perda óssea severa na região anterior da maxila confirmado no exame radiográfico panorâmico (figura 5). Todos esses aspectos caracterizam a Síndrome da Combinação.



Após o diagnóstico e a confirmação das características clínicas pertinentes à Síndrome da Combinação, realizou-se um plano de tratamento em que o primeiro procedimento clínico foi o reembasamento da prótese total superior (Soft Comfort Denso - Dencril, Brasil) e instalação de uma prótese parcial removível provisória inferior, previamente confeccionada em laboratório, restabelecendo dimensão vertical de oclusão ideal para o paciente. Realizou-se um ajuste oclusal utilizando carbono (Carbono Accufilm II Parkell USA) verificando os contatos anteriores em relação cêntrica e eliminando-os (Figuras 6 e 7).



Aguardou-se por três semanas até o completo restabelecimento da função muscular e a seguir realizou-se a moldagem da arcada superior e inferior (Alginato Jeltrate - Dentsply, Brasil) para posteriormente a confecção dos modelos individuais em gesso (Gesso Pedra Herodent-Vigodent, Brasil) para o superior e gesso tipo IV (Durone-Dentsply, Brasil) para o inferior.

Prepararam estes modelos para a confecção da base de prova em resina acrílica autopolimerizável onde foi construído o plano de orientação em cera sete (Horus-Dentsply). A seguir instalou-se o plano de orientação superior e determinou-se suporte labial, dimensão vertical, corredor bucal, linha do sorriso, distância entre os caninos, linha média e selecionou a cor da gengiva das futuras próteses (figuras 8 e 9). Realizou-se também o planejamento da estrutura metálica.



Após acrilização as próteses removíveis foram instaladas e ajustadas, devolvendo função, fonética e estética ao paciente (figuras 10,11, 12, 13).





DISCUSSÃO

O diagnóstico correto das características clínicas relacionadas à Síndrome da Combinação é fundamental para promover um tratamento reabilitador protético que devolva ao paciente função mastigatória adequada, fonética e estética, assim como preservação dos tecidos adjacentes^{14,15} conforme apresentado neste relato de caso clínico.

As causas da Síndrome da Combinação ainda são muito conflitantes na literatura, embora Kelly em 1972 afirmou que algumas alterações, podem ser percebidas após a instalação de prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior, como: reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia papilar do palato duro, extrusão dos dentes anterior inferiores, perda óssea posterior inferior e aumento da tuberosidade^{6,8,9,11} e apresentadas neste trabalho.

Algumas características adicionais complementam os achados clínicos da Síndrome da Combinação como: perda da dimensão vertical de oclusão, reposicionamento anterior da mandíbula, desadaptação das próteses removíveis, epúlides ou granuloma fissuratum⁹⁻¹⁰ características apresentadas neste trabalho.

Na maioria dos estudos^{6,8,17,19} as características clínicas relacionadas à Síndrome da Combinação são observada em pacientes que fazem uso de prótese total superior e como antagonista prótese parcial removível inferior (classe I de Kennedy). Alguns pacientes que são classe III modificação II com extremidade bilateral inferior também podem apresentar características clínicas similares as da Síndrome da Combinação¹⁹ assim como em pacientes com a arcada superior edêntula e antagonista com overdentures retidas por implantes ou prótese implantossuportadas. Como prevenção indica-se a instalação de implantes na maxila^{10,15,16,22}.

Para minimizar a perda óssea, reembasamento e ajustes oclusais devem ser feitos antes mesmo de se reabilitar o

paciente definitivamente sendo uma forma de estabilizar o quadro clínico de reabsorção óssea da pré-maxila anterior^{15,20} também sendo realizado neste trabalho. Os reembasamentos com resinas resilientes através do método direto ou indireto são importantes para estabilizar as próteses removíveis totais ou parciais até que se confeccionem as próteses definitivas²¹.

O sucesso do tratamento reabilitador seja com próteses removíveis ou com próteses implantossuportadas se fundamenta num planejamento correto em que a anamnese, o exame clínico, os exames complementares são de fundamental importância¹⁴. Alguns critérios clínicos devem ser obedecidos tais como: dentes anteriores com ausência ou mínimo contato em oclusão cêntrica, exercendo somente a função de estética e fonética. Para os dentes posteriores, contato cêntrico e durante os movimentos excursivos mandibulares, finalizando como uma oclusão balanceada bilateral^{7,13,22} conforme apresentado neste trabalho.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que é extremamente importante o cirurgião dentista diagnosticar e reconhecer clinicamente as características da Síndrome da Combinação e propor um tratamento reabilitador restabelecendo função, fonética e estética ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Souza ROA, Novaes MP, Netto HC. Prótese Total X Aspecto Psicossocial- Relato de um Caso Clínico. PCL. 2004;6(31):262-68.
2. Szentpétery AG, John MT, Slade GD, Setz JM. Problems Reported by Patients before and after Prosthodontics Treatment. Int J Prosthodont. 2005;18(2):124-31.
3. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de Prótese Total. 7ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2004.
4. Miranda AMF, Okuyama AO, Eduardo JVP, Machado MSS, Araújo MB. Modificação de Técnica de Inclusão de Material Resiliente em Próteses Totais e Parciais Removíveis. PCL. 2006;8(39):81-88.
5. Corrêa GA. Prótese Total: Passo a Passo. São Paulo: Ed. Santos, 2005.
6. Cabianca LM, Guedes CG, Zanetti AL. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. JBC. 2002;6(31):45-48.
7. Nogueira RP, Miraglia SS, Soares FAV. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. PCL. 2002;4(19):218-22.
8. Goyatá FR, Gonçalves PAM, Rodrigues CRT, Souza MCA. Reembasamento em Prótese Total: Relato de Caso Clínico. Dent Sci. 2009;3(9):39-46.
9. Cunha LDAP, Rocha EP, Pellizer EP. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de Prótese Parcial Removível. RGO. 2007;55(4):325-32.

10. Faot F, Serrano PO, Rosa RS, Cury AADB, Garcia RCMR. Síndrome da Combinação: Revisão da Literatura. PCL.2006;8(41):275-83.
11. Kelly E. Change caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J Prosthet Dent.1972;27(2):141-50.
12. Goyatá FR, Gonçalves PAM, Bello RF, Ferreira NG, Ferreira TG, Coelho SMO. Avaliação quantitativa de microrganismos orais em materiais reembasadores de prótese total. Int J Dent.2009;8(2):79-81.
13. Areias C, Fonseca P, Barbosa C, Lino A, Lordelo J. Síndrome da hiperfunção anterior. JADA. 2006;5(6):41-45.
14. Domitti ESS, Consani S. Prótese Total Articulada com Prótese Parcial Removível. São Paulo: Ed.Santos. 2001.
15. Hansen CA, Jaarda MJ. Treatment alternatives for a modified combination syndrome. Gen Dent.1990;18(6):132-37.
16. Marcacci S, Maekawa LE, Lamping R, Santos AAR dos, Maekawa MY. Reabilitação oral com prótese total híbrida e prótese parcial removível: alternativa para prevenção da Síndrome de Kelly. PCL.2004;6(30):120-26.
17. Ribeiro MCM. Verificação do índice de prevalência de pacientes portadores dos sinais da Síndrome de Combinação. (Monografia) Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru USP; 2003.
18. Cabral LM, Guedes CG, Zanetti AL. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. JBC.2002;6(31):45-48.
19. Cunha V P P, Marchini L. Prótese Total – Procedimentos Clínicos e Laboratoriais. São Paulo: Ed. Santos, 2007.
20. Eduardo JVP. Materiais Macios Usados em Base de Prótese Total para Reembasamento Direto e Indireto. Revista da APCD.1997;51(6):531-33.
21. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supports overdenture: a clinical report. J Prosthet Dent.1996;75:107-13.
22. Shimitt SM. Combination syndrome: a treatment approach. J Prosthet Dent.1985; 54(5):664-70.

Recebido em 25/10/2009

Aprovado em 26/04/2010