



CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

FABIANA STRESSER SOARES

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DESAFIOS NA
REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE
KELLY: REVISÃO DE LITERATURA**

Apucarana

2024

FABIANA STRESSER SOARES

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DESAFIOS NA
REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE
KELLY: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Pâmela Rafaela Bertasso

Apucarana
2024

FABIANA STRESSER SOARES

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DESAFIOS NA REABILITAÇÃO
ORAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE KELLY: REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.
Faculdade de Apucarana

Prof.
Faculdade de Apucarana

Prof.
Faculdade de Apucarana

Apucarana, ____ de _____ de 2024.

AGRADECIMENTO

A primeira pessoa a quem dedico este trabalho é a minha mãe, que, mesmo que não esteja mais entre nós, foi a maior inspiração de força que eu poderia ter. O seu amor e exemplo de determinação tornaram-me a mulher batalhadora que sou hoje. Tenho a certeza de que, de alguma forma, ela está orgulhosa deste momento.

Ao meu pai, pelo carinho, apoio e presença constante, e à minha irmã, que esteve ao meu lado durante toda a trajetória da faculdade, tornando este caminho mais leve e fácil. Agradeço muito a vocês pelo companheirismo e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus queridos padrinhos, Lourdes e Célio, que para mim são como segundos pais. Agradeço por todo o suporte, amor e por estarem sempre disponíveis para me apoiar nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado João, que me incentivou a nunca desanimar, trazendo leveza a cada passo dessa caminhada. A tua parceria e compreensão foram fundamentais para que eu pudesse seguir firme.

À minha orientadora Pâmela, o meu sincero agradecimento pela orientação e por todo o apoio essencial para a realização deste trabalho. O seu apoio e conselhos fizeram toda a diferença neste processo.

Agradeço também a toda a minha família, que ao longo destes anos esteve comigo, incentivando e apoiando, e aos amigos que fiz durante esses cinco anos de faculdade, por transformarem este percurso em algo inesquecível. A amizade de vocês tornou tudo mais leve e bonito.

A todos, o meu muito obrigado!

SOARES, Fabiana Stresser. **Características clínicas e desafios na reabilitação oral de pacientes com Síndrome de Kelly**: Revisão de literatura. 51p. Trabalho de conclusão de curso (monografia). Graduação em Odontologia. Faculdade de Apucarana – FAP. Apucarana – PR. 2024.

RESUMO

A Síndrome de Kelly é pouco conhecida e compreendida na odontologia, resultando em desafios específicos para a reabilitação oral dos pacientes, afetando sua qualidade de vida e bem-estar. O presente estudo aborda esse tema, buscando esclarecer a seguinte problemática: quais as características clínicas e a dificuldade de reabilitar o paciente portador da síndrome de Kelly? Este trabalho tem como objetivo principal investigar as características clínicas e a dificuldade de reabilitar o paciente portador da síndrome de Kelly. Para tanto, foi necessário conceituar essa questão, investigar as manifestações clínicas nos pacientes detalhando as características orais e identificando os principais obstáculos que os cirurgiões dentistas encontram durante a reabilitação desses pacientes. Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa sobre o tema nas revistas acadêmicas científicas online por meio de buscas na base de dados Google Acadêmico. Foram inseridos na revisão da literatura artigos publicados na língua portuguesa, com a delimitação de tempo: 2015 a 2024, que possuíam textos completos com as seguintes palavras chaves “Odontologia”, “Prótese dentária”, “Reabilitação oral”, “Qualidade de vida”. **Resultado e Discussão:** conclui-se que o conhecimento dos sinais clínicos que caracterizam esta síndrome é fundamental para que o dentista possa desenvolver e implementar um plano de tratamento adequado. Esse conhecimento permite ao profissional não apenas identificar precocemente a patologia, mas também propor intervenções que visem restabelecer a função, estética e fonética, bem como prevenir complicações futuras, promovendo uma reabilitação oral eficaz e personalizada para cada paciente.

Palavras-chave: Síndrome da Combinação. Prótese dentária.

SOARES, Fabiana Stresser. **Clinical characteristics and challenges in the oral rehabilitation of patients with Kelly Syndrome**: Literature review. 51p. Course conclusion work (monograph). Degree in Dentistry. Faculty of Apucarana – FAP. Apucarana – PR. 2024.

ABSTRACT

Kelly Syndrome is little known and understood in dentistry, resulting in specific challenges for patients' oral rehabilitation, affecting their quality of life and well-being. The present study addresses this topic, seeking to clarify the following problem: what are the clinical characteristics and the difficulty of rehabilitating patients with Kelly syndrome? The main objective of this work is to investigate the clinical characteristics and the difficulty of rehabilitating patients with Kelly syndrome. To this end, it was necessary to conceptualize this issue, investigate the clinical manifestations in patients, detailing oral characteristics and identifying the main obstacles that dental surgeons encounter during the rehabilitation of these patients. An integrative bibliographic review was carried out on the topic in online scientific academic journals through searches in the Google Scholar database. Articles published in the Portuguese language were included in the literature review, with the time limit: 2015 to 2024, which had complete texts with the following key words "Dentistry", "Dental prosthesis", "Oral rehabilitation", "Quality of life". **Result and Discussion:** it is concluded that knowledge of the clinical signs that characterize this syndrome is essential for the dentist to be able to develop and implement an appropriate treatment plan. This knowledge allows the professional not only to identify the pathology early, but also to propose interventions aimed at reestablishing function, aesthetics and phonetics, as well as preventing future complications, promoting effective and personalized oral rehabilitation for each patient.

Keywords: Combination Syndrome. Dental prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tuberosidade maxilar.....	17
Figura 2 – Hiperplasia do palato.....	18
Figura 3 – Reabsorção posterior.....	19
Figura 4 – Reabsorção anterior.....	20
Figura 5 – Extrusão dos dentes.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produções científicas encontradas: objetivos.....	33
Quadro 2 – Produções científicas encontradas: metodologia	36
Quadro 3 – Produções científicas encontradas: resultados	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Geral	12
2.2	Objetivos Específicos	12
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1	Conceito da Síndrome de Kelly	13
3.2	Manifestações Clínicas	14
3.2.1	Funcionais	14
3.2.2	Fonéticas	15
3.2.3	Estética	15
3.2.4	Articulação Temporomandibular	16
3.3	Características Clínicas	16
3.3.1	Aumento das tuberosidades	16
3.3.2	Hiperplasia inflamatória palato duro	17
3.3.3	Reabsorção óssea posterior na mandíbula	19
3.3.4	Reabsorção óssea anterior na maxila	19
3.3.5	Extrusão dos dentes anteriores mandibulares	21
3.4	Prevenção	21
3.5	Tratamento	22
3.6	Remodelação Óssea Maxila e Mandíbula após as Extrações	25
3.7	Moldagem	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	Delineamento da Pesquisa	30
4.2	Local da Pesquisa	30
4.3	Crítérios para Seleção dos Estudos	30
4.4	Processo para Coleta de Dados	31
4.5	Análise de Dados	31
4.6	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	32

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Kelly é pouco conhecida e compreendida no meio odontológico. Por isso, os pacientes afetados por essa síndrome enfrentam desafios específicos na reabilitação oral, afetando sua qualidade de vida e bem-estar. Ao investigar as características clínicas e os desafios na reabilitação desses pacientes, este estudo tem a capacidade de melhorar o entendimento e o tratamento dessa condição, proporcionando benefícios à comunidade odontológica e à sociedade em geral.

A expressão "qualidade de vida" está diretamente ligada ao bem-estar social, emocional e físico de uma pessoa dentro de um contexto social (Duarte *et al.*, 2010). Os serviços odontológicos no Brasil, durante décadas, foram considerados de alto custo, de caráter curativo, imediatista, de difícil acesso e pequena abrangência populacional, que somados a má higienização e à alta prevalência de cáries e doenças periodontais, favorecem para que a população brasileira tenha um grande número de desdentados (Hiramatsu; Tomita; Franco, 2007).

Uma reabilitação protética correta permite a devolução da função, aparência e fala do paciente, mas também protege os tecidos ao redor (Silva *et al.*, 2002). A perda óssea após a perda dos dentes é inevitável e pode ser agravada pelo uso de próteses inadequadas, mesmo utilizando todos os meios para reabilitar pacientes total ou parcialmente desdentados (Nogueira; Miraglia; Soares, 2002).

Pacientes totalmente desdentados no maxilar e parcialmente desdentado na mandíbula deve receber uma atenção especial, pois, o uso de prótese desadaptadas ao rebordo pode causar danos, os quais se apresentam como um conjunto de alterações características conhecidas como síndrome de Kelly (Kelly, 1972). A síndrome de Kelly foi descrita pela primeira vez em 1972 por Ellsworth Kelly e pode ser também chamada de Síndrome da Combinação ou Síndrome de Hiperfunção Anterior (Arouca, 2013).

Essa síndrome é considerada uma condição rara, pois ocorre apenas em cerca de 24% dos casos em que o paciente utiliza uma prótese total superior em oposição aos dentes naturais anteriores mandibulares (Shen; Gongloff, 1989). De acordo com Kelly (1972), a síndrome manifesta-se por meio dos seguintes sinais clínicos que afetam tanto a maxila quanto a mandíbula: perda significativa de suporte

ósseo na região anterior da maxila; aumento volumétrico das tuberosidades maxilares; hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro; extrusão dos dentes anteriores inferiores e perda óssea sob a base da prótese parcial removível inferior.

Com o objetivo de fornecer uma descrição mais detalhada dessa patologia, Saunders, Gillis Junior e Desjardins (1979) acrescentaram outros dados clínicos às observações, esses dados incluem: diminuição da dimensão vertical de oclusão; alteração na posição e orientação do plano oclusal; reposicionamento anterior da mandíbula; diminuição da retenção das próteses; presença de hiperplasia fibroepitelial (*epulis fissuratum*) e alterações periodontais.

A perda de suporte posterior na mandíbula causada pela prótese parcial removível resulta em uma diminuição gradual da carga oclusal nessa região e um aumento da carga na região anterior, o que gera uma pressão excessiva na maxila anterior, acelerando o processo de reabsorção óssea e podendo levar ao desenvolvimento de um tecido fibroso hiperplásico (Nogueira; Miraglia; Soares, 2002).

Compreender essas alterações é crucial para que o cirurgião-dentista possa estabelecer um planejamento protético eficaz e proporcionar uma reabilitação funcional ao paciente, ressaltando que nem sempre as manifestações clínicas da síndrome de Kelly ocorrem simultaneamente, já que a perda dentária pode ocorrer em momentos diferentes e os tratamentos restauradores e reabilitadores podem ser realizados em diferentes fases da vida do paciente, portanto, uma abordagem individualizada e adaptável às necessidades específicas de cada paciente é essencial para alcançar resultados ótimos na reabilitação bucal (Sousa; Miranda; Queiroz, 2015).

Diante deste contexto, este trabalho se propôs a investigar as características clínicas e as dificuldades enfrentadas pelo cirurgião dentista em reabilitar o paciente portador da síndrome de Kelly através da prótese removível e elucidar para os profissionais da odontologia quais as técnicas de moldagem são mais indicadas nestes casos, a fim de minimizar os efeitos negativos da reabilitação através de próteses removíveis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar quais as características clínicas e as dificuldades encontradas pelos cirurgiões dentistas em reabilitar o paciente portador da Síndrome de Kelly através da prótese removível.

2.2 Objetivos Específicos

- Conceituar a Síndrome de Kelly;
- Investigar as manifestações clínicas da Síndrome de Kelly em pacientes, detalhando as características orais;
- Identificar os principais obstáculos que os cirurgiões dentistas enfrentam durante a reabilitação de pacientes com Síndrome de Kelly.
- Descrever técnicas utilizadas para moldagem de pacientes com Síndrome de Kelly.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Conceito da Síndrome de Kelly

Pacientes que utilizam uma prótese total (PT) superior em oposição a uma prótese parcial removível (PPR) de extremo livre inferior apresentam sinais clínicos característicos, conhecidos como "síndrome de Kelly" (Silveira *et al.*, 2010). Ellsworth Kelly (2003) foi o pioneiro ao fazer tais observações e relatar que a perda óssea na porção anterior da maxila é fundamental para desencadear as demais alterações que caracterizam a síndrome.

A Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly se evidencia por meio de um conjunto de características que acontecem quando uma maxila desdentada entra em oposição aos dentes naturais anteriores inferiores, e que pode resultar na 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 na perda óssea sob a base da prótese parcial inferior (Kelly, 1972).

Além das características apresentadas por Kelly, Saunders, Gillis Junior e Desjardins (1979) identificaram outras seis características adicionais associadas à síndrome de Kelly: perda da dimensão vertical de oclusão; discrepância do plano oclusal; reposicionamento anterior da mandíbula; adaptação inadequada das próteses; epúlides fissuradas e alterações periodontais.

É comum encontrarmos uma associação entre vários sintomas na síndrome de Kelly, sendo por isso também denominada Síndrome da Combinação (Cunha; Rocha; Pellizzer, 2007). Entretanto, tais mudanças nem sempre estão ligadas à síndrome mencionada (Palmqvist; Carlsson; Owall, 2003).

Shen e Gongloff, em 1989, observaram a ocorrência da síndrome em pacientes que usavam prótese total (PT) superior e prótese parcial removível (PPR) inferior com extremidade livre e confirmaram que as cinco características estavam presentes neles, comprovando assim a teoria de Kelly.

De acordo com Leite, Ragazini e Cunha Júnior (2006), a principal consequência da síndrome de Kelly é a perda óssea. Os autores afirmam que manter os dentes posteriores na mandíbula a procura de uma oclusão mais estável e

ao confeccionar próteses de forma a obter um adequado esquema oclusal, é possível alcançar a prevenção dessa perda óssea.

É evidente a importância de os profissionais reconhecerem as manifestações da síndrome de Kelly, a fim de realizar uma abordagem preventiva alinhada com os atuais entendimentos do tratamento protético, e conforme a pesquisa realizada, revelou que muitos profissionais têm familiaridade com a síndrome, porém, a maioria dos profissionais de saúde não aplica uma técnica de tratamento específica e muitas vezes não conseguem observar todos os sinais que a caracterizam (Silveira *et al.*, 2010).

De acordo com Shen e Gongloff (1989), essa síndrome é considerada rara, manifestando-se em aproximadamente 24% dos casos em que o paciente possui uma prótese total superior em oposição aos dentes naturais anteriores mandibulares. Os autores observaram que a reabsorção óssea é consideravelmente maior em pacientes que usam prótese total em ambas as arcadas, sendo a prevalência cinco vezes superior naqueles que utilizam prótese parcial inferior e, além disso, não foram encontradas diferenças significativas na reabsorção óssea entre pacientes que não utilizam prótese parcial inferior e aqueles que a usam.

3.2 Manifestações Clínicas

3.2.1 Funcionais

Jones *et al.* (2003) e Marcenes *et al.* (2003) destacam que a ausência de dentes afeta negativamente o cotidiano das pessoas, prejudicando não apenas a alimentação, mas também gerando dificuldades em relaxar e até perda da vontade de sair de casa.

As características associadas à síndrome de Kelly afetam a função do paciente, pois, a extrusão dos dentes inferiores anteriores acontece devido à tentativa desses dentes de encontrar um suporte adequado para a mastigação dos alimentos e isso ocorre porque a prótese total superior está posicionada mais para cima, em razão da perda óssea do rebordo alveolar e do desgaste mastigatório (Vargas; Paixão, 2005).

3.2.2 Fonéticas

Russi *et al.* (2001) afirmam que, ao realizar um tratamento com prótese total, é essencial restabelecer condições satisfatórias para que o sistema estomatognático possa cumprir suas funções básicas, incluindo a produção da voz. A fonética pode ser avaliada também através do teste de palatografia durante as provas funcionais, onde o contato da língua com o palato é avaliado pela articulação fonética e o contorno adequado da base da prótese total superior na região palatina, o posicionamento dos dentes anteriores superiores e a dimensão vertical são confirmados durante a pronúncia de diferentes fonemas (Zarb *et al.*, 2013).

Os três maiores fatores a ter em conta na realização das próteses são: a mecânica, a estética e a fonética, apesar de já se terem observado grandes progressos ao nível da mecânica e da estética, pouco ou quase nenhum avanço foi verificado em relação à fonética (Allen, 1958).

3.2.3 Estética

Na Reabilitação oral protética, também há a preocupação com o restabelecimento do equilíbrio funcional e da harmonia estética da face, especialmente em indivíduos desdentados totais, cuja dimensão vertical de oclusão está diminuída (Thompson; Brodie, 1942).

Segundo Elias e Sheiham (1998), a função estética dos dentes é constantemente considerada mais importante do que a função mastigatória onde foi observado que a perda de dentes localizados mais posteriormente na boca tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas e a perda dos dentes anteriores é um fator motivador significativo para que as pessoas procurem tratamento para sua substituição.

Quando o paciente fica apenas com os dentes anteriores inferiores na cavidade oral, devido a perda dentária dos outros elementos, ocorre uma anteriorização da mandíbula, resultando em uma falsa classe III (Kelly, 1972). Com o tempo, os dentes naturais anteriores inferiores podem sofrer sobre-erupção, enquanto os dentes anteriores da prótese total superior se escondem atrás dos lábios do paciente, fazendo com que os dentes posteriores inferiores se desloquem

para baixo, e isso prejudica a estética, pois o paciente acaba mostrando apenas os dentes anteriores inferiores e não os dentes anteriores superiores, além disso, o plano oclusal diminui, expondo os dentes posteriores superiores da prótese total (Vargas; Paixão, 2005).

3.2.4 Articulação Temporomandibular

A Síndrome de Kelly é potencialmente iatrogênica ao sistema estomatognático, afetando principalmente as estruturas de suporte dentárias, mucosas, ósseas e a articulação temporomandibular (Kelly, 1972; Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979).

A incidência de problemas articulares, conforme destaca Cunha, Rocha e Pellizzer (2007), pode estar relacionada ao posicionamento anterior da mandíbula devido à concentração de forças mastigatórias na região dos dentes anteriores mandibulares, em associação à perda dos dentes naturais posteriores mandibulares. Para realizar a mastigação nessa região anterior dos dentes naturais, o côndilo é forçado anteriormente, atingindo a crista da eminência articular, provocando a distensão dos ligamentos retrodiscais, que, se prolongada, pode levar a um desequilíbrio côndilo/disco, causando ruídos articulares durante os movimentos funcionais, e a perda dos dentes naturais posteriores permite que o côndilo intrua na cavidade articular, provocando pressão sobre o disco articular, o que pode causar atrofia, reabsorção óssea, retrodiscite, sintomas auditivos e estiramento dos ligamentos articulares (Cunha; Rocha; Pellizzer, 2007).

3.3 Características Clínicas

3.3.1 Aumento das tuberosidades

O vácuo da região dos tubérculos maxilares, discursivo da mobilidade da PT durante a oclusão dos dentes antagonistas na parte anterior da mandíbula, dão origem a essa característica (Cunha; Rocha; Pellizzer, 2007). A "pressão negativa" na região das tuberosidades é o resultado do efeito de sucção durante a mastigação que causa o deslocamento para frente e para cima na PT superior, e isso pode levar à hipertrofia fibrosa dos tubérculos superiores e, em alguns pacientes, afetar

também a estrutura óssea adjacente (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979).

Conforme citado por Arouca (2013) o crescimento das tuberosidades é indeterminado e pode criar problemas na reabilitação protética como:

- Por vezes não há espaço para a colocação dos molares superiores ou pré-molares das próteses; O plano oclusal está localizado a nível inferior perto do rebordo da mandíbula;
- Tubérculos aumentados reduzem o espaço para a língua na região posterior e são responsáveis pela difícil adaptação dos pacientes às próteses; Pacientes com tubérculos aumentados têm tendência a mudar o sorriso, como os tubérculos estão aumentados os dentes laterais maxilares aparecem mais no sorriso;

Desse modo, a autora menciona que a redução cirúrgica do rebordo em excesso é indicada quando a distância intermaxilar está diminuída devido ao aumento das tuberosidades.

O aumento volumétrico das tuberosidades pode representar um desafio para a reabilitação protética, podendo impedir ou dificultar o processo, nesses casos, o tratamento pode envolver a redução cirúrgica das tuberosidades ou a realização de uma tuberoplastia, que visam reduzir o volume excessivo para facilitar a adaptação e estabilidade das próteses (Zanetti *et al.*, 2010).

Figura 1 – Tuberosidade maxilar



Fonte: Costa *et al* (2016).

3.3.2 Hiperplasia inflamatória

A hiperplasia inflamatória são mudanças na cavidade oral consequente do

uso de próteses mal adaptadas que provocam uma diminuição da resistência local, regularmente unido a pobre higienização e outros fatores predisponentes (Leite; Ragazini; Cunha Júnior, 2006).

Em 1967, Fairchild observou que o número de pacientes portadores de PT e PPR com hiperplasia papilar havia aumentado bastante. Este autor não comparou esse acontecimento à presença de bactérias e sim a desadaptação das próteses e seu uso diário e verificou que a perda de estrutura óssea é resultante da inflamação prolongada do tecido em contato com o osso, então a hiperplasia papilar inflamatória pode aos poucos reduzir a quantidade e qualidade do tecido de suporte da prótese.

Esta característica clínica presente nos pacientes com síndrome de Kelly é então decorrente do vácuo que a prótese total superior origina nas áreas de relevo dos tecidos do palato quando desadaptadas visto que uma zona de relevo profundo pode criar uma zona de aspiração (Arouca, 2013).

A hiperplasia papilar inflamatória (HPI), frequentemente associada à síndrome de Kelly, manifesta-se geralmente na área do palato duro, além da desadaptação da prótese, a HPI está ligada a outros fatores, como higiene inadequada e presença de microorganismos e para o tratamento dessa característica, quando em estágios iniciais, recomenda-se suspender temporariamente o uso da prótese, desinfetar a prótese, fornecer orientações sobre higiene oral e cuidados com o dispositivo protético, e aplicar agentes fungicidas locais, e em casos mais avançados, além dessas medidas, a remoção cirúrgica das lesões é indicada (Infante-Cossio *et al.*, 2007).

Figura 2 – Hiperplasia inflamatória



Fonte: Zapata, Chiri (2013)

3.3.3 Reabsorção óssea posterior na mandíbula

A perda de suporte posterior na mandíbula é uma das origens para o desenvolvimento da síndrome de Kelly e leva a alterações na cavidade oral, desse modo, a diminuição gradual da carga oclusal nesta região e o aumento da carga na região anterior da maxila são resultantes dessa reabsorção (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979; Nogueira; Miraglia; Soares, 2002).

Com base em Kelly (1972) e Saunders, Gillis Junior, Desjardins, (1979) a reabsorção óssea fisiológica que ocorre abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular resulta na perda de contatos posteriores, reduzindo a eficácia mastigatória nessa região, e causando uma pressão excessiva dos dentes inferiores na porção anterior da prótese total superior, essa concentração de tensão leva a traumas na fibromucosa e acelera a reabsorção do rebordo residual anterior, o que facilita o estabelecimento de uma alavanca nessa área, uma vez que a prótese a utiliza como ponto de apoio, e como resultado, ocorre a desadaptação da prótese na região posterior, o que pode levar ao aumento das tuberosidades.

Estudos mostram diferenças consideráveis no osso alveolar residual entre os indivíduos desdentados usando ou não próteses removíveis, indicando que a prótese removível é um causador importante no desempenho desta reabsorção óssea (Palmqvist; Carlsson; Owall, 2003). Para que a perda óssea seja controlada e não se torne excessiva, a adaptação das próteses é um dos fatores a ser considerado (Kelsey, 1971).

Figura 3 – Reabsorção posterior



Fonte: Arouca (2013).

3.3.4 Reabsorção óssea anterior na maxila

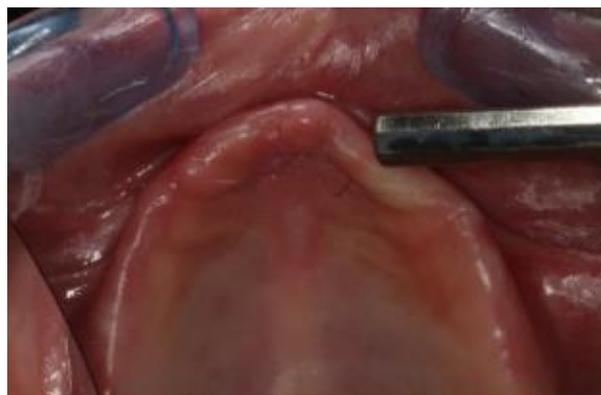
A reabsorção óssea anterior da maxila, também conhecida como reabsorção

óssea da pré-maxila, refere-se à perda de densidade óssea na área frontal do rebordo alveolar maxilar (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979). O processo de reabsorção óssea ocorre devido à pressão sobre o osso capaz de forçar o sangue e fluidos extra-celulares para o espaço ósseo medular, criando situações de hipóxia, por alteração do aporte sanguíneo em que a sua última consequência é a lise celular levando então à reabsorção óssea, conforme observado por Silva (2007).

Pacientes com síndrome de Kelly apresentam perda total de dentes na maxila e reabsorção óssea natural resultante dessa perda dentária, isso leva a uma diminuição na dimensão vertical da oclusão e uma alteração no plano oclusal, com a ausência completa dos dentes, observa-se um deslocamento da mandíbula para uma posição mais anterior, resultando em uma aparente classe III falsa, e essa nova posição mandibular causa uma significativa perda de suporte oclusal na região posterior da mandíbula, devido à ausência dentária, resultando em uma pressão excessiva na região anterior da maxila (Kelly, 1972).

Quando ocorre a perda dos dentes posteriores na mesma arcada, uma outra questão surge: os dentes anteriores inferiores tendem a se deslocar para uma posição mais vestibular e ao fecharem a boca com uma maxila sem dentes, não há uma referência adequada na dimensão vertical de oclusão, e a consequência desse desalinhamento dos vetores de forças será no sentido axial nos dentes inferiores e no sentido lateral na maxila, resultando em uma reabsorção óssea contínua na pré-maxila, o que é um processo significativo (Arouca, 2013).

Figura 4 – Reabsorção anterior



Fonte: Arouca (2013).

3.3.5 Extrusão dos dentes anteriores mandibulares

Conforme observado por Saunders, Gillis Junior e Desjardins (1979) e Nogueira *et al.* (2002), a extrusão dos dentes anteriores inferiores também é uma característica da síndrome de Kelly, e se deve ao fato de que o contato entre os dentes e uma prótese total suportada por um rebordo desdentado não é suficiente. O reposicionamento da prótese total superior leva a uma alteração do plano oclusal, resultando em contatos oclusais protrusivos, o que provoca a extrusão dos dentes anteriores mandibulares em busca de contatos oclusais que proporcionem suporte durante a mastigação (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979).

Kelly (1972) demonstrou que o intervalo médio de extrusão dos dentes anteriores inferiores em pacientes com síndrome de Kelly é de 1 a 1,5 mm durante um período de três anos. Em 2002, Nogueira *et al.* explicaram que essa extrusão ocorre devido ao desgaste da base da prótese e ao reposicionamento antero-superior da prótese total, causado pela perda óssea.

Figura 5 – Extrusão dos dentes



Fonte: Arouca (2013).

3.4 Prevenção

A única forma de precaução da síndrome de Kelly seria evitar a união de prótese total superior e prótese parcial removível inferior Classe I de Kennedy (Kelly, 2003).

Reembasamentos periódicos, higienização das próteses, alívio vestibular,

superfícies oclusais metálicas nos dentes artificiais posteriores, correta determinação da dimensão vertical de oclusão, suporte oclusal e dentes anteriores apenas com funções de estética e fonética também são formas de prevenção (Nogueira; Miraglia; Soares, 2002).

As extrações programadas, seguidas da confecção de próteses imediatas ou da preservação de alguns dentes remanescentes para a criação de uma sobredentadura, parecem ser boas opções de tratamento para prevenir esta síndrome, reduz o risco de ocorrência da síndrome, evitando que uma arcada totalmente desdentada se oponha a dentes naturais anteriores mandibulares (Jyoti; Shah; Karthik, 2010).

Em relação à prevenção da síndrome de Kelly, estudos indicam que diagnosticar a condição e estabelecer um plano de tratamento e prevenção adaptado às necessidades individuais do paciente, podem interromper ou evitar o processo destrutivo associado (Zanetti *et al.*, 2010; Cunha; Rocha; Pellizzer, 2007). Em pacientes que frequentam regularmente consultas odontológicas, a adoção de medidas preventivas contra os sinais e sintomas da síndrome é uma responsabilidade profissional crucial, além disso, a literatura enfatiza que intervenções terapêuticas para prevenir a síndrome devem ser implementadas antes, durante e após o tratamento reabilitador (Nogueira; Miraglia; Soares, 2002).

Para a preservação dos casos da síndrome, Kelsey (1971) recomendou a realização de estudos clínicos, a orientação ao paciente, ajustes oclusais frequentes e graduais, bem como a remoção das próteses durante o sono.

3.5 Tratamento

A seleção do tratamento é influenciada por diversos fatores, incluindo as preferências do paciente, a disponibilidade de tempo para consultas, o orçamento disponível para o tratamento, a condição da cavidade oral, a avaliação do risco anestésico e a preferência do paciente por próteses fixas ou removíveis, mas alguns pacientes podem preferir a utilização de implantes, enquanto outros podem rejeitá-los (Arouca, 2013).

É essencial tratar as alterações visíveis na cavidade bucal com cirurgia oral antes de prosseguir com a reabilitação protética, e essas alterações incluem tecido

flácido (hiperplásico), hiperplasia papilar do palato e tuberosidades aumentadas, que podem resultar em uma diminuição da dimensão vertical de oclusão, ao remover o tecido hiperplásico, permite-se que a PPR inferior se estenda sobre a área retromolar e que a PT superior cubra toda a extensão do palato (Kelly, 1972).

Nogueira, Miraglia e Soares (2002) concorda com Kelly e defende que o tratamento mais eficaz para a síndrome envolve a confecção de novas próteses com um esquema oclusal ideal, combinado com a remoção cirúrgica do tecido hiperplásico presente no palato e nas tuberosidades.

Saunders, Gillis Junior e Desjardins (1979) sugerem a criação de um esquema oclusal que envolve a redução da pressão excessiva na região da pré-maxila, ao mesmo tempo em que se realiza a restauração da oclusão posterior. O mesmo descreve os objetivos específicos para o tratamento da síndrome de Kelly como:

- A prótese parcial removível mandibular deverá garantir suporte oclusal para os dentes naturais remanescentes e possuir o máximo de extensão ao nível da base;
- O material utilizado para a confecção da prótese deve ser rígido e promover a máxima estabilidade enquanto minimiza as forças excessivas sobre os poucos dentes restantes;
- O esquema oclusal deverá ter uma adequada dimensão vertical e relação cêntrica;
- Os dentes anteriores maxilares devem ser apenas utilizados para fins estéticos e fonéticos, não devendo haver contactos incisais em relação cêntrica, e devendo ocorrer contato mínimo destes dentes em movimentos excêntricos;
- O nível dos bordos incisais dos dentes anteriores mandibulares deve ser avaliado em relação ao plano oclusal posterior proposto. O prognóstico do dente pilar é muito importante uma vez que ocorrem complexas alterações periodontais nos dentes pilares após a colocação da prótese;
- Dentes posteriores devem manter o contato e estar em oclusão balanceada (uma oclusão balanceada pode ser conseguida nos dentes posteriores através de uma angulação cuspídea apropriada e em conformidade com as guias condilares e incisais).

Em 2007, Tolstunov verificou outras formas de tratamento:

- Prótese parcial removível na mandíbula e prótese fixa na maxila, com distribuição uniforme das forças oclusais nos tecidos moles e duros de forma regular;
- Extrações dos dentes anteriores inferiores (com ou sem regularização do rebordo alveolar) e confecção de próteses totais (sobredentaduras) tanto superiores como inferiores;
- Colocação de implantes tanto na maxila como na mandíbula para posteriormente utilizar sobredentaduras.

Schmitt (1985) adotou uma abordagem de tratamento que difere das convencionais, consistindo em reabilitar inicialmente a mandíbula e usar a prótese inferior como base para a confecção da prótese superior. Nesta técnica abordada pelo autor, as superfícies oclusais dos dentes posteriores (tanto maxilares quanto mandibulares) são revestidas com metal, enquanto os dentes anteriores maxilares são feitos de resina acrílica e o principal objetivo dessa técnica é reduzir o desgaste na face oclusal dos dentes posteriores, diminuindo assim a pressão sobre o rebordo posterior da maxila, ao mesmo tempo em que mantém a estética e a função fonética dos dentes anteriores.

Muitos profissionais preferem a utilização de implantes tanto na maxila quanto na mandíbula, pois isso resulta em uma melhoria significativa na retenção, estabilidade, funcionalidade, estética e conforto do paciente e, além disso, a colocação de implantes proporciona uma oclusão mais estável e duradoura (Thiel; Evans; Burnett, 1996). Os implantes dentários representam um método previsível para substituir dentes, proporcionando excelentes benefícios funcionais e estéticos, no entanto, o prognóstico a longo prazo para implantes na maxila é considerado menos seguro do que na mandíbula desdentada (Jyoti; Shah; Karthik, 2010).

A principal vantagem da extração dentária dos dentes mandibulares é a redução da taxa de reabsorção do rebordo posterior da maxila, além de uma melhora estética para o paciente e, dessa forma, evita-se a formação de tecidos hiperplásicos, que podem surgir como resultado de extrações dentárias não planejadas ou descontroladas (Jyoti; Shah; Karthik, 2010).

É crucial informar e orientar os pacientes diagnosticados com síndrome de Kelly sobre os cuidados necessários para garantir a maior durabilidade e estabilidade das próteses, incluindo a importância de consultas periódicas ao dentista, que permitem monitorar a saúde bucal do paciente, realizar ajustes nas

próteses conforme necessário e prevenir complicações futuras (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979).

3.6 Remodelação Óssea Maxila e Mandíbula após as Extrações

A partir do momento em que ocorre a perda de dentes, a reabsorção do rebordo alveolar é inevitável, após a extração dentária, um processo de remodelação do osso alveolar é desencadeado, o que inclui reabsorção óssea e uma alteração no contorno do rebordo (Carlsson; Thilander; Hedegard, 1967).

Após a extração de dentes na região anterior da maxila, é comum observar uma reabsorção óssea horizontal quase duas vezes mais pronunciada do que a reabsorção vertical, a redução na quantidade e qualidade óssea na maxila, aliada às crescentes demandas estéticas, torna o planejamento do tratamento uma tarefa complexa e é necessária uma abordagem diferenciada, com prioridade para o resultado estético final, em comparação com a mandíbula desdentada, onde a função é considerada o fator mais crítico (Jyoti; Shah; Karthik, 2010).

Após a fase inicial de remodelação, há uma contínua reabsorção óssea sob a base das próteses (Atwood, 1971). Estudos conduzidos por Mori *et al.* (1997) demonstraram que uma certa pressão exercida pela prótese sobre o rebordo alveolar pode desencadear um processo de reabsorção óssea, no qual o osso reabsorvido não é remodelado quando a pressão cessa.

Estudos demonstraram que os pacientes que não utilizam PPR possuem mais osso remanescente na região posterior da mandíbula em comparação com aqueles que utilizam (Campbell, 1960; Józefowicz, 1970). Além disso, a boa adaptação das próteses é crucial, pois é um fator que influencia significativamente a reabsorção óssea, sendo necessário um controle adequado para evitar que essa reabsorção se torne excessiva (Kelsey, 1971).

A perda óssea sob a base da prótese parcial inferior provoca uma alteração na oclusão, resultando numa diminuição da eficácia mastigatória nessa área e como consequência, ocorre uma concentração de força na região anterior da maxila, fazendo com que a prótese total superior se desloque para frente e para cima gerando uma zona de alívio de pressão na parte posterior (na área da tuberosidade), com a pressão concentrando-se na região anterior, desencadeando um crescimento

da tuberosidade, que pode ocorrer devido a um aumento de tecido fibroso ou à pneumatização do seio maxilar, resultante da pressão causada pela desadaptação da prótese (Cunha; Rocha; Pellizzer, 2007).

Existem técnicas descritas na literatura em que o tecido flácido, desde que saudável, pode ser preservado, esse tecido em determinadas situações, pode oferecer algum nível de retenção à prótese total, mesmo que seja leve, pois essa retenção é preferível a nenhuma, que poderia ocorrer após sua remoção, e as técnicas de moldagem utilizadas permitem o alívio na região anterior, de modo que a prótese possa se adaptar aos tecidos moles, evitando assim distorções excessivas (Lynch; Allen, 2006).

Ahmad, Yunus e Mccord (2008) destacam a importância da utilização de uma técnica de moldagem específica, aliada a um design de prótese e esquema oclusal adequados, como meio de mitigar os problemas associados à síndrome de Kelly.

Uma opção adicional recomendada na prática clínica é o uso de próteses parciais removíveis implantossuportadas, ao instalar implantes no extremo livre distal do rebordo alveolar inferior e conectá-los ao aparelho protético parcial removível, que por sua vez está conectado aos dentes naturais remanescentes, é possível aumentar a retenção e estabilidade da prótese. Isso minimiza os movimentos rotacionais causados pela desadaptação, permitindo a eliminação das consequências associadas ao extremo livre. Essa abordagem resulta em uma melhoria significativa na capacidade mastigatória, satisfação e conforto do paciente (Gonçalves; Campos; Garcia, 2014).

3.7 Moldagem

A obtenção do modelo das estruturas orais é um passo de extrema importância na prática clínica odontológica, pois requer uma perfeita reprodução dos detalhes, refletindo diretamente na boa adaptação e no assentamento adequado da prótese (Maranhão; Reis; Andrade, 2018). Da mesma forma que Kliemann e Oliveira (1999), Malachias *et al.* (2005) salientam que o material utilizado e a técnica selecionada são fundamentais para obter uma melhor adaptação das próteses. Dessa forma, respeitar o aspecto fisiológico dos tecidos bucais e empregar uma técnica correta pode levar a bons resultados, mesmo com materiais de moldagem

mais simples e baratos, como o alginato e a Godiva (Fokkinga *et al.*, 2017).

A moldagem funcional da maxila exerce um papel importante na reabilitação oral dos pacientes portadores dessa síndrome, pois permite estabelecer uma correta adaptação da prótese total superior e uma distribuição adequada das forças oclusais aos tecidos de suporte, e, para alcançar esses objetivos, a espessura e a mobilidade da mucosa de suporte da prótese devem ser consideradas durante esta importante etapa clínica (Marin *et al.*, 2014).

É fundamental escolher, na confecção da prótese total, uma técnica de moldagem que permita variações de acordo com a compressibilidade da mucosa (Nakamae *et al.*, 2005).

Outros fatores como o desenho da moldeira e o material selecionado, podem controlar a pressão durante a moldagem (Frank, 1969). Isso é demonstrado por meio de uma técnica de moldagem em dois passos para mucosas altamente flácidas e deslocáveis (Hobkirk, 1985 *apud* Marin *et al.*, 2014), e uma técnica de moldagem em três passos, citada por Nakamae *et al.* (2005).

Neste caso descrito com uma técnica de moldagem em duas etapas, a moldagem funcional possibilita que a prótese total maxilar seja confeccionada de maneira a distribuir as forças mastigatórias por toda a área chapeável, evitando a pressão excessiva sobre a região anterior do palato duro, que contém a fibromucosa flácida, assim sendo, a utilização de um material de moldagem de consistência leve, que não promove compressão ou deslocamento desta fibromucosa durante a moldagem, também contribui para o sucesso desta etapa clínica, e, dessa forma, é obtida uma moldagem estática do tecido flácido e móvel. Além disso, a determinação correta do plano oclusal e da dimensão vertical de oclusão permite uma distribuição uniforme dos contatos oclusais por toda a prótese na região posterior, diminuindo a sobrecarga na região anterior da maxila e, assim, evitando o processo de reabsorção óssea do processo alveolar anterossuperior (Marin *et al.* 2014).

No entanto, de acordo com Silveira *et al.* (2010), acredita-se que a não utilização de uma técnica de moldagem específica na prática clínica pelos profissionais possa estar relacionada com a complexidade da técnica. Nakamae *et al.* (2005) relatam que a retenção da prótese total maxilar pode ser aprimorada utilizando uma técnica de moldagem específica com silicone injetado, uma vez que essa técnica alcança um grau mais satisfatório na reprodução do tecido flácido

nesses casos.

Para a execução da Prótese Parcial Removível, o modelo de estudo ou diagnóstico desempenha um papel fundamental, funcionando como um importante meio de diagnóstico que permite ao cirurgião-dentista prever possíveis dificuldades no funcionamento da prótese, além de ser responsável pelo planejamento da prótese e pela seleção adequada dos elementos constituintes da estrutura metálica. No entanto, a maior dificuldade está na obtenção do modelo de estudo em pacientes com rebordo extremamente reabsorvidos, sendo o principal desafio a reprodução simultânea dos dentes e da fibromucosa (Maranhão; Reis; Andrade, 2018).

Diversas técnicas têm sido mencionadas na literatura com o objetivo de desenvolver modelos que possibilitem um prognóstico positivo para casos de prótese parcial removível de extremidade livre (Maranhão; Reis; Andrade, 2018)

Apresentando uma técnica dinâmica, Rapuano (1970) utilizou uma única moldeira em duas etapas clínicas, na qual, a parte da moldeira correspondente à área desdentada é preenchida com planos de orientação em cera para que a moldagem possa ser realizada em oclusão, enquanto a área dentada da moldeira é aberta e preenchida com alginato. Chen *et al.* (1987) também relataram uma técnica de moldagem em duas etapas. Na primeira etapa, a área edêntula é moldada utilizando uma base provisória adaptada à armação metálica, e, posteriormente, com uma moldeira de estoque preenchida com alginato, remove-se a armação para obter um único modelo.

Dumbrigue, Esquivel (1998) expuseram uma técnica adaptada em dois passos utilizando apenas uma moldeira individual. Na primeira etapa, é realizada a moldagem da área desdentada com Godiva em bastão, em seguida, sobre o molde a área dentada é colocado um material elástico fluido. Dessa forma, obtém-se um único modelo funcional para a confecção da armação e a elaboração da base das selas. Segundo Kliemann e Oliveira (1999), a técnica do modelo partido de McCracken requer duas sessões clínicas: a primeira para a confecção da armação metálica e a segunda para a moldagem da fibromucosa. Um dos inconvenientes dessa técnica é o tempo de trabalho prolongado e a maior complexidade clínica e laboratorial.

Monteiro *et al.* (2000) elaboraram uma técnica de moldagem que envolve procedimentos clínicos e laboratoriais de simples execução. Nessa técnica, a área

desdentada é moldada com materiais fluidos utilizando uma base para obter um modelo adequado.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

Para delineamento e análise detalhada do objetivo, foco deste trabalho, optou-se pela pesquisa qualitativa e revisão integrativa. Trata-se de uma revisão integrativa, uma metodologia que combina dados da literatura teórica e empírica abrangendo uma ampla gama de propósitos, incluindo a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências, e a análise de problemas metodológicos relacionados a um tópico específico. Assim, pode-se identificar lacunas de conhecimento, levantar o conhecimento já produzido e indicar prioridades para futuros estudos, em outras palavras, é uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A pesquisa qualitativa é especialmente eficaz como uma ferramenta para identificar o que é importante para os clientes e compreender as razões por trás dessa importância, e oferecer um método para identificar questões-chave e formular perguntas, revelando o que realmente importa para os clientes e os motivos para tal (Moresi *et al.*, 2003).

4.2 Local da Pesquisa

O levantamento de dados foi realizado por meio de seleção de produções científicas integrantes de periódicos da área da Odontologia, na base de dados Google Acadêmico, com a delimitação de tempo: 2015 a 2024.

4.3 Critérios para Seleção dos Estudos

Foram incluídos estudos publicados em português, com disponibilidade de texto completo, para garantir a inclusão de uma ampla gama de trabalhos relevantes.

Foram excluídos estudos científicos de outros idiomas que não havia disponibilidade de texto completo ou o autor julgou não ser coerente com o tema.

4.4 Processo para Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada no banco de dados Google Acadêmico, com as expressões booleanas para buscar na internet “AND”, com os seguintes descritores: “síndrome da combinação”, “prótese dentária”.

4.5 Análise de Dados

A análise de dados foi utilizada para identificar os principais temas do estudo revisado. O processo de análise envolveu as seguintes etapas: síndrome da combinação e prótese dentária.

Foram utilizadas etapas para a análise desses estudos, sendo elas:

1. Escolha pelo título de acordo com o contexto;
2. Revisão e refinamento dos artigos através da leitura dos resumos para garantir que sejam coerentes e representem bem o tema proposto;
3. Leitura detalhada dos textos para compor a revisão.

4.6 Aspectos Éticos

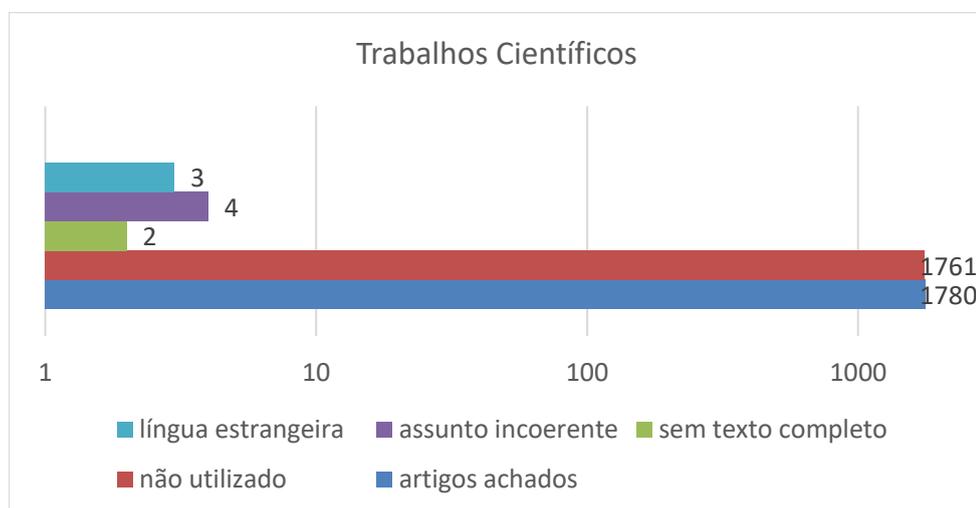
O presente estudo dispensa submissão do comitê de ética em pesquisas com seres humanos, pois se trata de uma revisão integrativa da literatura cujos dados publicados são de acesso livre.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como foco: identificar quais características clínicas e as dificuldades encontradas pelos cirurgiões dentistas em reabilitar o paciente portador da síndrome de Kelly através da prótese removível. E para resolução deste objetivo, tratou-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho integrativa, realizada no período de 2015 a 2024, onde foram realizados levantamentos bibliográficos utilizando a base de dados Google Acadêmico.

Para a pesquisa, utilizaram-se as palavras-chave: “síndrome da combinação”; “prótese dentária” e operador booleano “AND”. Após a busca de dados foram encontrados 1780 trabalhos. E com base nos critérios de exclusão, foram excluídos 1761 por não possuírem o título relacionado ao trabalho, 2 não possuíam texto completo para estudo, 4 não haviam assunto condizentes com o objetivo abordado no estudo e 3 por serem de língua estrangeira. Para a análise mais detalhada foram selecionados 10 artigos tendo como critério de inclusão texto completo, língua portuguesa, e relação com o tema com o direcionamento ao assunto em questão para que a qualidade do trabalho fosse mantida.

Gráfico 1 – Trabalhos científicos utilizados



Fonte: Autora do Trabalho (2024).

As produções científicas encontradas foram organizadas em três quadros, contendo respectivamente: objetivo, metodologia e resultados apresentados.

O Quadro 1 expõe as 10 publicações apresentadas no estudo, conforme seu objetivo.

Quadro 1 – Produções científicas encontradas: objetivos

Nº	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVO
1	LAPORT, Larrisa Bom Rocca et al.	Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível – Relato de caso	Demonstrar a importância da reabilitação oral com prótese total superior e prótese parcial removível inferior, a partir de um estudo a respeito da Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly.
2	ROCHA, Bruno Bonfim et al.	Síndrome da combinação prótese total e parcial removível: Relato de caso clínico	Descrever um caso clínico, enfatizando a importância do diagnóstico e intervenção da SC, reconhecendo os principais sinais e repercussões na cavidade oral, sendo um fator de grande importância para o resultado final de forma positiva sobre as expectativas do paciente e êxito do tratamento.
3	GOYATA, Frederico dos Reis et al.	Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação	Relatar o tratamento reabilitador com próteses removíveis em uma paciente com características clínicas da Síndrome da Combinação.
4	RODRIGUES, Danyela Costa; ANJOS, Thomáz Victor Sousa dos e CONCEIÇÃO, Leandro Silva.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: Relato de caso clínico	Este trabalho constitui-se no relato de caso clínico de uma paciente diagnosticada com Síndrome da Combinação, no qual, elaborou-se um plano de tratamento reabilitador, com ênfase cirúrgica e protética às necessidades da paciente.
5	DE OLIVEIRA, Bruna Fernandes Rodrigues et al.	Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso	Relatar por meio de um caso clínico, as características clínicas presentes em um paciente desdentado total superior com a presença de dentes anteriores inferiores com contato dental anterior e apresentar uma proposta de tratamento reabilitador, restabelecendo a função fonética e a estética do paciente.
6	DIAS, Hércules Bezerra et al.	Reabilitação protética de um paciente portador de síndrome da combinação – relato de caso	É apresentado um relato de caso apresentando o tratamento reabilitador convencional, com prótese total superior e PPR inferior Classe I de Kennedy, em um paciente do gênero masculino, 51 anos, portador da Síndrome da Combinação.
7	AGUIAR, Márcio Glauber	Síndrome da combinação: aspectos clínicos de importância para o	Realizar uma revisão da literatura acerca dos fatores etiológicos, diagnóstico, tratamento e prevenção da SC, realizando

	Lopes de et al.	odontólogo – uma revisão da literatura	buscas em bancos de dados.
8	SOUSA, Samira Albuquerque de; MIRANDA, Larissa Mendonça de, QUEIROZ, José Renato Cavalcanti.	Síndrome da combinação: considerações clínicas e relato de caso	Relatar um caso clínico da Síndrome da Combinação, buscando evidências científicas deste tipo de alteração, juntamente com o planejamento da reabilitação para um melhor benefício das funções mastigatórias e, conseqüentemente, da qualidade de vida do paciente.
9	MORÁS, Adriane et al.	Síndrome da combinação: um relato de prontuário	Relatar a análise de um prontuário de paciente portador da Síndrome da Combinação, cuja reabilitação bucal foi realizada através da associação de diferentes tipos de prótese.
10	SARMENTO, Maria das Graças Silva et al.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: relato de caso	Relatar um caso clínico de reabilitação oral com prótese total superior e prótese parcial removível inferior em paciente com síndrome da combinação.

Fonte: Autora do Trabalho (2024).

Conforme exposto no Quadro 1, o objetivo central de cada trabalho foi apresentado para análise contendo 4 artigos sobre a reabilitação oral com uso de prótese total superior e prótese parcial removível inferior, uma produção sobre a importância do diagnóstico e intervenção da Síndrome de Kelly para um resultado final positivo, uma pesquisa sobre elaboração de um plano de tratamento reabilitador com ênfase cirúrgica e protética, um trabalho sobre proposta de tratamento reabilitador restabelecendo fônica e estética do paciente, um artigo sobre uma revisão de literatura sobre os fatores etiológicos, diagnóstico, tratamento e prevenção da síndrome de Kelly, outro artigo com evidências científicas das alterações junto com o planejamento da reabilitação para um melhor benefício das funções mastigatórias e da qualidade de vida e uma produção científica sobre análise de prontuário sobre um paciente cuja reabilitação foi através de associação de tipos de próteses diferentes.

Em relação à reabilitação oral do paciente com síndrome de Kelly, os artigos 1, 3, 6 e 10 apontam para a necessidade de restaurar as funções orais com o uso de próteses removíveis. Os trabalhos científicos 2, 4 e 8 destacam a importância de um diagnóstico minucioso e um planejamento cuidadoso para o sucesso da reabilitação.

O diagnóstico precoce da síndrome de Kelly permite intervenções mais eficazes, o que está diretamente relacionado à prevenção de complicações e ao sucesso a longo prazo do tratamento. Segundo os autores Zuila, Caroline e André (2012), o sucesso de uma reabilitação oral está diretamente relacionado a uma avaliação criteriosa e um diagnóstico preciso, que permitem o desenvolvimento de um planejamento individualizado, conhecido atualmente como "planejamento reverso", sendo essencial para alcançar os resultados desejados, e no caso da síndrome de Kelly, um diagnóstico correto das características clínicas torna-se crucial para definir um plano de tratamento que restaure de forma eficaz a função mastigatória, a fonética e a estética do paciente.

A produção de Oliveira *et al.* (2018) oferece uma visão sobre os sinais clínicos da síndrome. Essas alterações envolvem a perda óssea na região anterior da crista maxilar, o aumento das tuberosidades, o desenvolvimento de hiperplasia papilar no palato duro, a extrusão dos dentes anteriores inferiores e a reabsorção óssea dos rebordos alveolares distais bilaterais da mandíbula (Kelly, 1972). Essas características são apresentadas em diversos casos como fatores críticos que necessitam de uma intervenção, de modo a restaurar a função e a estética do paciente. A fundamentação científica trazida no estudo de Aguiar *et al.* (2015), é necessária para que o planejamento e a execução do tratamento seja realizados com base em dados concretos. A revisão da literatura sobre a síndrome de Kelly aumenta o embasamento teórico, fornecendo suporte para as práticas clínicas recomendadas.

Morás *et al.* (2019) traz a análise de um prontuário onde se observa uma preocupação com o impacto do tratamento na qualidade de vida do paciente. A reabilitação oral com próteses bem ajustadas não só melhora as funções mastigatórias e fonéticas, mas também contribui para a autoestima e o bem estar geral do paciente. Desta forma, sempre que possível para o paciente, destaca-se a importância de adotar uma abordagem preventiva na reabilitação de indivíduos com essa síndrome. Para Aguiar *et al.* (2015) prevenir e tratar a síndrome de Kelly é necessário conhecer os sinais característicos e adotar uma abordagem interdisciplinar, adequando o meio bucal, e realizando uma reabilitação protética individualizada e, quando viável, realizar cirurgias reconstrutivas e a instalação de implantes dentários. Contudo, independentemente do tratamento, é essencial que a

carga oclusal seja distribuída uniformemente entre ambos os arcos para restabelecer a estabilidade oclusal na região posterior (Suzuki; Mezzomo, 2006).

O Quadro 2 expõe as 10 publicações apresentadas no estudo, conforme seu título e metodologia:

Quadro 2 – Produções científicas encontradas: metodologia

Nº	AUTORES	TÍTULO	METODOLOGIA
1	LAPORT, Larrisa Bom Rocca et al.	Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível – Relato de caso	Foi apresentado um relato de caso onde a paciente compareceu a clínica odontológica da USS queixando-se não estar satisfeita com suas próteses e que as mesmas a incomodavam esteticamente e a partir de um atendimento adequado retomou sua autoestima e voltou a sorrir.
2	ROCHA, Bruno Bonfim et al.	Síndrome da combinação prótese total e parcial removível: Relato de caso clínico	Paciente do gênero masculino, apresentou-se à clínica de odontologia, o mesmo foi diagnosticado com SC. Foi realizado então o planejamento individualizado e tratamento.
3	GOYATA, Frederico dos Reis et al.	Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação	Paciente, gênero feminino, S.M., 58 anos, apresentou-se à clínica do curso de aperfeiçoamento em prótese da EAP-ABO – Barra Mansa – RJ, queixando-se da falta de retenção e estabilidade da sua prótese total superior e ausência de dentes posteriores inferiores.
4	RODRIGUES, Danyela Costa; ANJOS, Thomáz Victor Sousa dos e CONCEIÇÃO, Leandro Silva.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: Relato de caso clínico	Paciente E.A.C, 66 anos de idade, gênero feminino, normocorada, hidratada, eupneica, ativa e reativa, usuária de prótese total superior e prótese parcial removível inferior, apresentou queixa principal de “dificuldade ao mastigar e prótese muito antiga”.
5	OLIVEIRA, Bruna Fernandes Rodrigues de et al.	Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso	Este estudo revisa e discute, por meio de um caso clínico, as características clínicas presentes em um paciente com manifestações da síndrome da combinação. Além disso, apresenta uma proposta de tratamento reabilitador, restabelecendo a função fonética e a estética do paciente.
6	DIAS, Hércules Bezerra et al.	Reabilitação protética de um paciente portador de síndrome da combinação – relato de caso	Esse relato de caso apresenta o tratamento reabilitador convencional, com prótese total superior e PPR inferior Classe I de Kennedy, em um paciente do gênero masculino, 51 anos, portador da Síndrome da Combinação.

7	AGUIAR, Márcio Glauber Lopes de et al.	Síndrome da combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo – uma revisão da literatura	Foram selecionadas 31 referências publicadas nas línguas portuguesa e inglesa, do banco de dados PubMed, BVS e Scielo, utilizando como palavras-chave os termos: “Prótese Parcial Removível; Prótese Total e Reabsorção Óssea”.
8	SOUSA, Samira Albuquerque de; MIRANDA, Larissa Mendonça de, QUEIROZ, José Renato Cavalcanti.	Síndrome da combinação: considerações clínicas e relato de caso	Paciente do gênero feminino, 54 anos, história médica sem alterações sistêmicas, com arco maxilar edentado em oposição ao arco mandibular parcialmente desdentado, classificado como Classe I de Kennedy, queixou-se do deslocamento da prótese durante a mastigação, em razão da falta de retenção e estabilidade de suas próteses.
9	MORÁS, Adriane et al.	Síndrome da combinação: um relato de prontuário	Um prontuário de uma paciente que procurou tratamento reabilitador no complexo odontológico da FSG Centro Universitário dentro das disciplinas de Prótese Dentária do curso de Odontologia da FSG entre os anos de 2017 e 2018 foi escolhido contemplando a condição clínica de necessidade de três modalidades de prótese (prótese total, prótese fixa e prótese parcial removível) ao mesmo tempo para reabilitação, configurando um paciente com Síndrome da Combinação.
10	SARMENTO, Maria das Graças Silva et al.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: relato de caso	Paciente de 52 anos de idade, gênero feminino, em bom estado de saúde geral, que compareceu a clínica odontológica da Universidade Nilton Lins relatando insatisfação com seu sorriso devido ao uso de prótese total superior antiga e ausência dos elementos posteriores inferiores, a paciente informou nunca ter feito uso de prótese inferior.

Fonte: Autora do Trabalho (2024).

Todos os artigos encontrados enfatizam a importância de um tratamento individualizado. De acordo com Sousa, Miranda e Queiroz (2015) uma abordagem individualizada e adaptável às necessidades específicas de cada paciente é essencial para alcançar resultados ótimos na reabilitação bucal. As produções 3, 4 e 8 trazem uma queixa dos pacientes em comum sobre a falta de retenção e estabilidade das próteses. Essa é uma questão enfrentada pelos pacientes edêntulos que apresentam dificuldades na mastigação e conforto ao utilizar as

próteses. A estabilidade e retenção de próteses totais podem ser prejudicadas pela ação de forças deslocadoras que ocorrem durante funções como a mastigação, deglutição e hábitos parafuncionais. O contato entre os dentes da maxila e mandíbula pode gerar deslocamentos que comprometem a retenção e a estabilidade das próteses, causando desconforto e lesões na mucosa subjacente e devido a esses fatores, é recomendado o acompanhamento periódico do paciente para monitorar a adaptação da prótese e avaliar a necessidade de reembasamento, especialmente em casos de reabsorção do osso alveolar (Bastos; Rodrigues, 2015). Já os trabalhos 2, 5, 6 e 9 destacam que a síndrome de Kelly está frequentemente relacionada à presença de uma PT superior e dentes naturais anteriores inferiores.

Os artigos 1 e 10 destacam a importância da reabilitação para a autoestima dos pacientes, refletindo não apenas na saúde física, mas também no bem-estar emocional e social. Esses casos mostram que o uso adequado de próteses dentárias não só melhora a qualidade de vida funcional, mas também afeta positivamente a autoconfiança e o sorriso dos pacientes. E por fim, Aguiar *et al.* (2015) se diferencia por ser uma revisão da literatura, mas complementa os casos clínicos ao fundamentar o tratamento protético e reabilitador com evidências científicas.

O quadro 03 expõe as 10 publicações apresentadas no estudo, conforme seu título e resultado:

Quadro 3 – Produções científicas encontradas: resultados

Nº	AUTORES	TÍTULO	RESULTADOS
1	LAPORT, Larrisa Bom Rocca et al.	Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível – relato de caso	É de suma importância que o cirurgião dentista reconheça os sintomas da síndrome da combinação, elaborando um tratamento reabilitador de acordo com as suas necessidades. A instalação das próteses deve ser feita de maneira cuidadosa, observando sempre a sua retenção, estabilidade, oclusão, fonética e a sua estética.
2	ROCHA, Bruno Bonfim et al.	Síndrome da combinação prótese total e parcial removível: Relato de caso clínico	Os conhecimentos e cuidados por parte do cirurgião-dentista são de grande importância para o diagnóstico, prevenção e tratamento da SC, e também se faz necessário estudos clínicos mais aprofundados sobre a etiologia dessa condição.
	GOYATA,	Prótese total e parcial	Conclui-se que a reabilitação protética com a

3	Frederico dos Reis et al.	removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação	prótese total superior e a prótese parcial removível inferior reabilitou a função mastigatória e o suporte muscular facial bem como a estética dos dentes e do sorriso. Com esta modalidade de tratamento foi possível devolver a satisfação e a auto estima à paciente.
4	RODRIGUES, Danyela Costa; ANJOS, Thomáz Victor Sousa dos e CONCEIÇÃO, Leandro Silva.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: Relato de caso clínico	Para que haja o correto diagnóstico, é necessário a compreensão dos sinais clínicos presentes nessa síndrome, proporcionando um tratamento seguro, qualidade de vida e restabelecimento da função e da estética.
5	OLIVEIRA, Bruna Fernandes Rodrigues de et al.	Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso	Diagnosticar a síndrome e estabelecer um plano de tratamento adequado as necessidades do paciente, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde, são imprescindíveis para obter resultado e, assim, impedir o avanço do quadro clínico.
6	DIAS, Hércules Bezerra et al.	Reabilitação protética de um paciente portador de síndrome da combinação – relato de caso	O conhecimento pelo cirurgião dentista das alterações dessa síndrome e de seus fatores predisponentes proporciona ao profissional a aplicação de condutas adequadas no tratamento reabilitador destes pacientes e na prevenção dos sinais e sintomas deste distúrbio.
7	AGUIAR, Márcio Glauber Lopes de et al.	Síndrome da combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo – uma revisão da literatura	A análise literária permitiu constatar que os sinais da SC não são exclusivos dos usuários de PT e PPREL, mas podem surgir de diversas situações clínicas de edentulismo parcial e total. Observou-se também que, para a prevenção e tratamento da SC, além do conhecimento de seus sinais característicos, é fundamental uma abordagem interdisciplinar. Contudo, são necessários estudos clínicos para melhor compreender sua patogenia, epidemiologia e, assim, aprimorar os protocolos de tratamento.
8	SOUSA, Samira Albuquerque de; MIRANDA, Larissa Mendonça de, QUEIROZ, José Renato	Síndrome da combinação: considerações clínicas e relato de caso	Conclui-se que o conhecimento dos sinais que caracterizam esta síndrome ajudará o dentista para que possa instituir um plano de tratamento adequado aos seus pacientes.

	Cavalcanti.		
9	MORÁS, Adriane et al.	Síndrome da combinação: um relato de prontuário	Foi possível relatar que, provavelmente, o motivo da instalação da Síndrome da Combinação para o prontuário analisado foi: 1) Ausência de saúde periodontal; 2) Tempo prolongado de uso das próteses antigas; 3) Desarmonia oclusal; e 4) Condição financeira como motivo de retorno na procura do cirurgião-dentista.
10	SARMENTO, Maria das Graças Silva et al.	Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: relato de caso	A confecção de próteses totais e parciais removíveis para reabilitar pacientes com síndrome da combinação é um tratamento efetivo e acessível, que restabelece função mastigatória, fonação e harmonia facial. Proporcionando melhor qualidade de vida e integrando o indivíduo à sociedade.

Fonte: Autora do Trabalho (2024).

Diante dos resultados expostos nos artigos, podemos verificar que os trabalhos 1, 2, 5, 6, 7 e 8 destacam que o diagnóstico correto da síndrome de Kelly é crucial para um tratamento de sucesso. Conhecer os sinais clínicos e fatores predisponentes permite que o dentista planeje um tratamento adequado às necessidades do paciente, evitando a progressão da síndrome. Compreender essas alterações é fundamental para que o cirurgião dentista possa elaborar um planejamento protético eficaz, permitindo uma reabilitação funcional adequada para o paciente, pois, as manifestações clínicas da síndrome nem sempre surgem de forma simultânea, visto que a perda dentária pode ocorrer em momentos distintos e os tratamentos restauradores e reabilitadores podem ser realizados em diferentes fases da vida do paciente (Sousa; Miranda; Queiroz, 2015). Atualmente, é fundamental que os cirurgiões-dentistas adotem uma abordagem multidisciplinar no tratamento de seus pacientes, permitindo que o profissional esteja capacitado a compreender e resolver os casos de maneira integral, garantindo um cuidado mais completo e eficaz (Suzuki; Mezzomo; 2006).

Já os artigos 4 e 10 destacam que esse tipo de reabilitação oral resulta em uma melhora não só das funções básicas do paciente, como também da estética e auto estima. A instalação e confecção das próteses devem ser feitas de forma cuidadosa e criteriosa, levando em consideração a retenção, estabilidade, oclusão, fonética e estética garantindo o conforto e a funcionalidade da prótese no dia a dia do paciente. A reabilitação protética adequada tem como objetivo restaurar a

estética, a função mastigatória e o convívio social, sendo essencial para melhorar a autoestima abalada pela ausência de dentes que impacta negativamente a mastigação, a digestão e a qualidade de vida. O sucesso do tratamento depende tanto do conhecimento e da técnica do profissional quanto da adaptação do paciente ao processo (Goulart; Araújo; Rodrigues, 2014; Peruchi *et al.*, 2016).

No artigo de Morás *et al.* (2019), os resultados trazem uma análise das possíveis causas para o desenvolvimento da síndrome de Kelly, incluindo a ausência de saúde periodontal, o tempo prolongado de uso de próteses mal adaptadas, e desarmonia oclusal e as condições socioeconômicas dos pacientes que podem influenciar no retorno aos cuidados odontológicos. É crucial informar e orientar os pacientes diagnosticados com síndrome de Kelly sobre os cuidados necessários para garantir a maior durabilidade e estabilidade das próteses, incluindo a importância de consultas periódicas ao dentista, que permitem monitorar a saúde bucal do paciente, realizar ajustes nas próteses conforme necessário e prevenir complicações futuras (Saunders; Gillis Junior; Desjardins, 1979). O trabalho científico de Goyata *et al.* (2018) indicam a necessidade de estudos clínicos mais aprofundados sobre a etiologia, patogenia e epidemiologia da síndrome. Embora a literatura existente já forneça um bom entendimento sobre os sinais clínicos e o tratamento, ainda há espaços a serem preenchidos para otimizar os protocolos clínicos e melhorar ainda mais os resultados da reabilitação desses pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram alcançados visto que é extremamente importante que o cirurgião-dentista saiba reconhecer os sinais clínicos da síndrome e que elabore um tratamento reabilitador se atentando as necessidades específicas de cada paciente.

Após o reconhecimento clínico da síndrome de Kelly, torna-se necessário propor um plano de tratamento reabilitador que restabeleça a função mastigatória, a fonética adequada e a estética, além de satisfazer as expectativas do paciente. É fundamental a elaboração de protocolos baseados nos sinais clínicos da síndrome, com o objetivo de prevenir complicações como a perda óssea, a hiperplasia papilar, a extrusão dos dentes inferiores e o aumento das tuberosidades.

As características desta síndrome estão bem definidas e podem manifestar-se de forma isolada ou combinada. Contudo, apesar de várias propostas de tratamento apresentadas na literatura, não há consenso sobre um protocolo ideal. O tratamento deve ser individualizado, considerando o nível socioeconômico do paciente, sua disposição para o tratamento, o grau de progressão da patologia e a sua disponibilidade para seguir as orientações terapêuticas. Assim, cabe ao dentista, em conjunto com o paciente, avaliar a abordagem mais adequada para cada caso específico.

Com base na literatura consultada, conclui-se que o conhecimento dos sinais clínicos que caracterizam esta síndrome é fundamental para que o dentista possa desenvolver e implementar um plano de tratamento adequado. Esse conhecimento permite ao profissional não apenas identificar precocemente a patologia, mas também propor intervenções que visem restabelecer a função, estética e fonética, bem como prevenir complicações futuras, promovendo uma reabilitação oral eficaz e personalizada para cada paciente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Marcio Glauber Lopes de *et al.* Síndrome da combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo - uma revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, São Paulo, v. 25, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lidia-Valadas/publication/301923195_Sindrome_da_Combinacao_Aspectos_Clinicos_de_Importancia_para_o_Odontologo_-_Uma_Revisao_da_Literatura/links/5839fa3008aed5c61489e3f1/Sindrome-da-Combinacao-Aspectos-Clinicos-de-Importancia-para-o-Odontologo-Uma-Revisao-da-Literatura.pdf. Acesso em: 01 set. 2024.
- AHMAD, F.; YUNUS, N.; MCCORD, F. A new presentation of combination syndrome. **Annals Of Dentistry**, Malaysia, v. 15, n. 2, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/AHMAD.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.
- AROUCA, Mariana Azambuja de Mascarenhas. **Síndrome de kelly**, 59 p. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2013.
- ATWOOD, Douglas Allen. Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. **Journal of Prosthetic Dentistry**, Boston, set, 1971. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/ATWOOD.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- BASTOS, Filipe Barros de; RODRIGUES, Carlos Roberto Teixeira. Prótese total imediata com recuperação da curva de spee. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, v. 9, n. 3, dez./fev. 2015. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150131_131545.pdf. Acesso em: 01 set. 2024.
- CAMPBELL, R. Lyndsay. A comparative study of the resorption of the alveolar ridges in denture-wearers and non-denture-wearers. **The Journal Of The American Dental Association**, Washington, fev, 1960. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/CAMPBELL.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- CARLSSON, G. E.; THILANDER, H.; HEDEGÅRD, B.. Histologic Changes in the Upper Alveolar Process After Extractions with or without Insertion of an Immediate Full Denture. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 25, n. 1, jan, 1967. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/CARLSSON.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2024.
- CHEN, Ming-Sheh *et al.* An altered-cast impression technique that eliminates conventional cast dissecting and impression boxing. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, abr, 1987. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/CHEN.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

COSTA, Marcio M. *et al.* Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 25, n. 72, 2016. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/COSTA.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

CUNHA, Lígia Del' Arco Pignatta; ROCHA, Eduardo Passos; PELLIZZER, Eduardo Piza. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, out./dez. 2007. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/CUNHA,%20ROCHA%20-%20ok.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

DIAS, Hércules Bezerra *et al.* Reabilitação protética de um paciente portador de Síndrome da Combinação – relato de caso. **Full Dentistry In Science**, v. 7, n. 28, 2016. Disponível em: <https://editoraplena.com.br/wp-content/uploads/2016/05/56-63-reabilita%C3%A7%C3%A3o-prot%C3%A9tica.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024.

DUARTE, Luis Rogério *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes edêntulos totais reabilitados com implantes zigomáticos. **Revista Implantinews**, v. 7, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/Duarte.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

DUMBRIGUE, Herman B.; ESQUIVEL, Josephine F. Selective-pressure single impression procedure for tooth-mucosa-supported removable partial dentures. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, ago, 1998. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/DUMBRIGUE.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

ELIAS, A. C.; SHEIHAM, A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. **Journal Of Oral Rehabilitation**, 1998. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/ELIAS.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

FAIRCHILD, James M. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, San Francisco, mar, 1967. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/FAICHILD.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2024.

FOKKINGA, Wietske A. *et al.* Clinical fit of partial removable dental prostheses based on alginate or polyvinyl siloxane impressions. **The International Journal Of Prosthodontics**, v. 30, n. 1, 2017. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Downloads/FOKKINGA%20-%20ok.pdf>. Acesso em: 14 maio 2024.

FRANK, Richard P. Analysis of pressures produced during maxillary edentulous impression procedures. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, New Orleans, out, 1969. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/FRANK.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

GONÇALVES, Thais Marques Simek Vega; CAMPOS, Camila Heitor; GARCIA, Renata Cunha Matheus Rodrigues. Implant retention and support for distal extension partial removable dental prostheses: satisfaction outcomes. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, Piracicaba, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/GON%C3%87ALVES.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2024.

GOULART, Rhuana Marques; ARAÚJO, Amanda Costa; RODRIGUES, Carlos Roberto Teixeira. Digital smile design em prótese total relato de caso. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, v. 6, n. 1, mar./maio, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/GOULART.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

GOYATA, Frederico dos Reis *et al.* Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação. **Kulzer Brasil**, 2018. Disponível em: <https://www.kulzer.com.br/media/product-downloads/brazil/productos-adicionais/optosil---xantopren/si-prtese-total-e-parcial-removvel-na-reabilitao-de-um-paciente-com-sndrome-da-combinao-pt.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024.

HIRAMATSU, Daniel Afonso; TOMITA, Nilce Emy; FRANCO, Laércio Joel. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, ago, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/HIRAMATSU.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2024.

INFANTE-COSSIO, P. *et al.* Inflammatory papillary hyperplasia of the palate: treatment with carbon dioxide laser, followed by restoration with an implant-supported prosthesis. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/COSSIO.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ISRAEL, Mônica Simões *et al.* Hiperplasia fibrosa inflamatória por camara de succion: tratamiento quirurgico - relato de caso clínico. **Acta Odontológica Venezolana**, v. 46, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 15 abr. 2024.

JONES, Judith A. *et al.* Tooth loss and dentures: patients' perspectives. **International Dental Journal**, Boston, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/JONES.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

JÓZEFOWICZ, Włodzimierz. The influence of wearing dentures on residual ridges: a comparative study. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, Poland, ago, 1970. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/JOZEFOWICZ.pdf>. Acesso

em: 14 abr. 2024.

JYOTI, Nadgere; SHAH, Nisargi; KARTHIK, Mallika.M.. Prosthodontic Rehabilitation of patients with Combination Syndrome. **International Journal Of Dental Clinics**, jul./set. 2010. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/JYOTI%20NADGERE.pdf>.

Acesso em: 14 abr. 2024.

KELLY, Elisworth. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, San Francisco, fev, 1972. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/KELLY%201972.pdf>. Acesso

em: 09 mar. 2024.

KELLY, Ellisworth. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 90, n. 3, set, 2003. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3913\(03\)00240-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3913(03)00240-3).

Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/Kelly%202003.pdf> Acesso

em: 10 maio 2024.

KELSEY, Charles C. Alveolar bone resorption under complete dentures. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, Ann Arbor, fev, 1971. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/KELSEY.pdf>. Acesso em: 10

mar. 2024.

KLIEMANN, Cláudio; OLIVEIRA, Wagner de. Manual de prótese parcial removível. In: **Manual de prótese parcial removível**, 1999.

LAPORT, Larissa Bom Rocca *et al.* REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL - RELATO DE CASO. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, v. 20, n. 1, set./nov. 2017. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf. Acesso em: 05

set. 2024.

LEITE, Barbara Acciaris; RAGAZINI, Juliana César; CUNHA JÚNIOR, Albano Porto da. SÍNDROME DA COMBINAÇÃO – KELLY: revisões de interesse para o cirurgião dentista. **X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**, 2006.

Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/LEITE.pdf>.

Acesso em: 14 abr. 2024.

LYNCH, C. D.; ALLEN, P. F. Management of the flabby ridge: using contemporary materials to solve an old problem. **British Dental Journal**, mar, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/LYNCH.pdf>. Acesso em:

14 abr. 2024.

MALACHIAS, Alexandre *et al.* Modified functional impression technique for complete dentures. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2005. Disponível em:

<file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MALACHIAS%20-%20ok.pdf>. Acesso em: 15 maio 2024.

MARANHÃO, Kalena Melo; REIS, Ana Cássia de Souza; ANDRADE, Cícero. Técnica alternativa de moldagem em prótese parcial removível. **Salusvita**, Bauru, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MARANH%C3%83O%20\(MOLDAGEM\).pdf](file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MARANH%C3%83O%20(MOLDAGEM).pdf). Acesso em: 25 abr. 2024.

MARCENES, Wagner *et al.* The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. **Card. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mai./jun. 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MARCENES.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MARIN, Danny Omar Mendoza *et al.* Reabilitação oral de paciente com Síndrome da Combinação: relato de caso. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 68, n. 1, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MARIN%20\(MOLDAGEM\).pdf](file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MARIN%20(MOLDAGEM).pdf). Acesso em: 25 maio 2024

MORÁS, Adriane *et al.* Síndrome da combinação: um relato de prontuário. **Arch Health Invest**, v. 8, n. 5, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Juliane-Butze/publication/335076818_Sindrome_da_combinacao_um_relato_de_prontuario/links/618b14e661f098772079d002/Sindrome-da-combinacao-um-relato-de-prontuario.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

MORESI, Eduardo *et al.* Metodologia da pesquisa. **Brasília: Universidade Católica de Brasília**, v. 108, n. 24, 2003.

MORI, S. *et al.* Effect of continuous pressure on histopathological changes in denture-supporting tissues. **Journal Of Oral Rehabilitation**, v. 24, n. 1, 1997. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/MORI.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

NAKAMAE, Atlas Edson Moleros *et al.* Uma nova técnica de moldagem funcional para maxilas edentadas com tecido flácido anterior, através de injeção de silicone. **Revista do Instituto de Ciência da Saúde**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/NAKAMAE.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

OLIVEIRA, Bruna Fernandes Rodrigues de *et al.* Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8470/114114437>. Acesso em: 05 set. 2024.

PALMQVIST, Sigvard; CARLSSON, Gunnar E.; OWALL, Bengt. The combination syndrome: a literature review. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 90, n. 3, set, 2003. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/99585735/Combination-Synd>. Acesso em: 15 maio 2024.

PERUCHI, Carla Thais Rosada *et al.* Association between oral health status and central obesity among Brazilian independent-living elderly. **Brazilian Oral Research**, v. 30, n. 1, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/Perucchi.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

RAPUANO, Joseph A. Single-tray dual-empresion technique for distal extension partial dentures. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 24, n. 1, jul. 1970. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/RAPUANO.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

ROCHA, Bruno Bomfim; CARMO, Fernando Clécio Santos do; CUNHA, Miguel Arcanjo Porto da; CUNHA, Daniela Porto da. Síndrome da combinação Prótese Total e Parcial Removível: relato de caso clínico / removable total and partial prosthesis combination syndrome. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 13, n. 47, out, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2055/3142>. Acesso em: 05 set. 2024.

RODRIGUES, Danyela Costa; ANJOS, Thomáz Victor Sousa dos; CONCEIÇÃO, Leandro Silva. Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: relato de caso clínico. **Facit Business And Technology Journal**, v. 3, n. 42, 2023. Disponível em: <https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2255/1520>. Acesso em: 05 set. 2024.

RUSSI, Sergio *et al.* Instalação das Próteses Totais: avaliação de materiais reveladores das áreas de compressão. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, abr./mai./jun. 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/Russi.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

SARMENTO, Maria das Graças Silva; PINHEIRO, Liliane Lopes; SABINO, Mariana Verly de Miranda; SOUZA, Ticiane Caster de. Reabilitação oral em paciente com síndrome da combinação: relato de caso. **Brazilian Journal Of Development**, v. 7, n. 12, dez, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/magazine/Downloads/40944-102478-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/magazine/Downloads/40944-102478-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 05 set. 2024.

SAUNDERS, Timothy R.; GILLIS, Robert E.; DESJARDINS, Ronald P. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 41, n. 2, fev, 1979. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/SAUNDERS%20-%20ok.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2024.

SCHMITT, Stephen M. Combination syndrome: a treatment approach. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 54, n. 5, nov, 1985. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/SCHMITT.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

SHEN, Kay; GONGLOFF, Richard K.. Prevalence of the 'combination syndrome' among denture patients. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 62, n. 6, dez, 1989. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/SHEN.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

SILVEIRA, Rytsa Saynara Mitre *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 da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, set./dez. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/SILVEIRA.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

SOUSA, Samira Albuquerque de; MIRANDA, Larissa Mendonça de; QUEIROZ, José Renato Cavalcanti de. Síndrome da Combinação: considerações clínicas e relato de caso. **Full Dentistry In Science**, fev./out. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/SOUZA,%20MIRANDA.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2024.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/SOUZA,%20SILVA,%20CARVALHO.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

SUZUKI, R. M.; MEZZOMO, E. Reabilitação Oral Contemporânea. **São Paulo: Santos**, 2006.

THIEL, Cynthia P.; EVANS, Douglas B.; BURNETT, Robert P.. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: a clinical report. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, San Antonio, v. 75, n. 2, fev, 1996. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/THIEL.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2024.

THOMPSON, John R.; BRODIE, Allan G. Factors in the position of the mandible. **The Journal Of The American Dental Association**, Chicago, v. 29, n. 7, jun, 1942. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/thompson.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

TOLSTUNOV, Len. Combination Syndrome: classification and case report. **Journal Of Oral Implantology**, v. 33, n. 3, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%20/TOLSTUNOV.pdf>. Acesso

em: 25 abr. 2024.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; PAIXÃO, Helena Heloísa. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/VARGAS.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

ZANETTI, Glauco Rangel; ZANETTI, Liliane Scheidegger da Silva; PEÇANHA, Marcelo Massaroni; BORGES FILHO, Fausto Frizzera; CASTRO, Gabriela Cassaro de. Guia cirúrgico modificado para tuberooplastia em pacientes com Síndrome da Combinação. **Revista de Odontologia da Unesp**, Araraquara, v. 39, n. 2, mar./abr. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/magazine/Desktop/TCC/ARTIGOS%202/ZANETTI.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.

ZARB, George *et al.* **Prosthetic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses**. 13. ed.: Elsevier, 2013. 466 p.