

Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível

The prevalence of Kelly's syndrome in removable partial dentures users

Lígia Del' Arco Pignatta CUNHA¹

Eduardo Passos ROCHA²

Eduardo Piza PELLIZZER²

RESUMO

Objetivos: Pacientes portadores de prótese total maxilar contra prótese parcial removível de extremo livre mandibular apresentam sinais clínicos específicos que constituem a Síndrome de Kelly, desse modo, avaliou-se a prevalência da Síndrome de Kelly em 33 pacientes submetidos a tratamento com prótese parcial removível de extremo livre.

Métodos: O exame clínico foi direcionado para detectar a presença dos sinais: reabsorção óssea na região anterior da maxila; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico das tuberosidades; extrusão dos dentes naturais inferiores e reabsorção óssea severa abaixo da base da prótese parcial removível de extremo livre mandibular. Os achados clínicos foram correlacionados com a presença ou não de desordem temporomandibular através da Escala Anamnésica de Fonseca.

Resultados: Observou-se que nenhum paciente apresentou todos os sinais (reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia papilar palatina, aumento volumétrico das tuberosidades, extrusão dos dentes naturais inferiores anteriores e reabsorção óssea acentuada abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular), com 84,85% apresentando entre dois e quatro sinais, e 15,15% apresentando somente um sinal específico da Síndrome.

Conclusão: Observou-se que nenhum paciente apresentou a Síndrome de Kelly caracterizada pelo agrupamento dos cinco sinais, entretanto, todos apresentaram os sinais de forma isolada ou parcialmente agrupados e 89% apresentou algum grau de desordem temporomandibular.

Termos de indexação: prótese parcial removível; prótese total; reabsorção óssea.

ABSTRACT

Objectives: Maxillary total denture users in opposition to the mandibular removable partial dentures ones present clinical signs which are called Combination Syndrome. This syndrome is potentially destructive to the supporting structures. Thus the present study evaluated the prevalence of the CS in 33 patients submitted to treatment with these dentures.

Methods: The clinical exam was guided to detect the CS signs and the clinical data were correlated with either the presence or absence of craniomandibular dysfunction (CMD), in accordance with the Fonseca Anamnestic Scale.

Results: It was observed that no patient presented all the signals as follows: bone absorption in the previous region of the jaw, papillary hyperplasia of the palate, volumetric increase of the tubers, extrusion of previous inferior natural teeth and severe bone resorption below the resin base of mandibular removable partial denture. It was also observed that 84.85% presented between two and four signals and 15.15% showed only one specific signal of the Syndrome.

Conclusion: The results showed that no patient presented the CS with the 5 signs. However, all the patients presented the signs isolated or partially grouped, with 89% presenting some CMD degree.

Indexing terms: Removable partial denture; complete denture; bone resorption.

INTRODUÇÃO

Pacientes portadores de prótese total (PT) maxilar em oposição à prótese parcial removível de

extremo livre (PPREL) mandibular apresentam sinais clínicos específicos que constituem a Síndrome da Combinação (SC), descrita por Kelly¹ e caracterizada por: reabsorção óssea na região anterior da maxila; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico das tuberosidades;

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese. Faculdade de Odontologia. Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça, 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LDAP CUNHA (lijocapignatta@hotmail.com).

² Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese. Faculdade de Odontologia. Araçatuba, SP, Brasil.

extrusão dos dentes naturais inferiores anteriores e reabsorção óssea acentuada abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular.

Esta síndrome é potencialmente iatrogênica ao sistema estomatognático, especialmente às estruturas de suporte dentais e muco-ósseas, bem como à articulação temporomandibular em função do desequilíbrio oclusal e instabilidade da(s) prótese(s)¹⁻³. Portanto, diagnosticar a síndrome e estabelecer o tratamento adequado às necessidades do paciente poderão interromper o processo destrutivo, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde.

Em vista disso, avaliar longitudinalmente o grau de reabsorção óssea, a adaptação da prótese, a eficiência mastigatória e as condições de higienização permitem o estabelecimento de condutas preventivas a serem seguidas. Além disso, é também responsabilidade do profissional assumir uma postura clínica adequada frente ao tratamento dos pacientes com a Síndrome da Combinação já instalada.

Ressalta-se que, com o advento dos implantes osseointegrados, torna-se possível a prevenção e/ou o tratamento da Síndrome da Combinação, já que com o posicionamento de um implante na região retromolar elimina-se a extremidade livre, impedindo os movimentos vertical e lateral responsáveis pela reabsorção óssea acelerada abaixo da base de resina da prótese parcial removível, como estudado por Rocha et al.⁴ através do método dos elementos finitos.

Adicionalmente, a literatura estabelece um período médio de três anos para a realização de reembasamentos periódicos, na tentativa de controlar a não-adaptação das próteses, especialmente a prótese parcial removível (PPR), período médio necessário para que haja perda óssea significativa⁵.

Em vista disso, torna-se clara a necessidade do profissional identificar os sinais característicos da Síndrome da Combinação para instituir um tratamento preventivo à luz dos conceitos atuais no tratamento odontológico com próteses.

Dessa maneira, o intuito do presente estudo foi avaliar a prevalência da Síndrome da Combinação em 33 pacientes submetidos ao tratamento odontológico com prótese parcial removível mandibular em oposição à prótese total maxilar, atendidos na clínica de graduação da Disciplina

de Prótese Parcial Removível, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP).

MÉTODOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Humanos (Processo-1477/2003) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizou-se o exame clínico intrabucal (através de espelho intraoral e espátulas descartáveis) para detectar os sinais clínicos pertinentes à Síndrome da Combinação: reabsorção óssea diferenciada na região anterior da maxila, aumento volumétrico das tuberosidades, hiperplasia papilar palatina, extrusão dos dentes naturais anteriores mandibulares e perda óssea abaixo da base de resina da PPREL¹.

Os achados clínicos foram correlacionados com a presença ou ausência de distúrbios temporomandibulares (DTM) de acordo com a Escala Anamnésica de Fonseca⁶, que permite a classificação dos indivíduos estudados segundo o grau de DTM (ausente, leve, moderada ou severa) através de um questionário com dez itens, sendo submetidos à análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Observou-se que nenhum paciente apresentou todos os sinais (reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia papilar palatina, aumento volumétrico das tuberosidades, extrusão dos dentes naturais inferiores anteriores e reabsorção óssea acentuada abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular), com 84,85% apresentando entre dois e quatro sinais, e 15,15% apresentando somente um sinal específico da Síndrome (Figura 1).

Em relação ao Grau de DTM⁶, dentre os pacientes que apresentaram entre dois e quatro sinais, 10,71% não apresentaram DTM, 50% apresentaram DTM leve, 32,14% DTM moderada e 7,14% DTM severa (Figura 2).

Entre os pacientes que apresentaram apenas um dos sinais, 80% apresentaram DTM leve e 20% apresentaram DTM moderada (Figura 3).

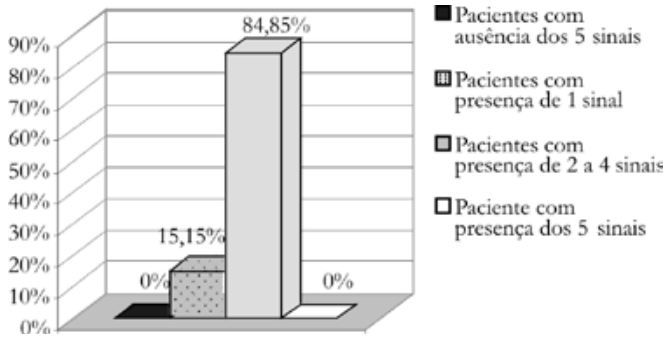


Figura 1. Prevalência dos sinais que caracterizam a Síndrome de Kelly nos pacientes atendidos.

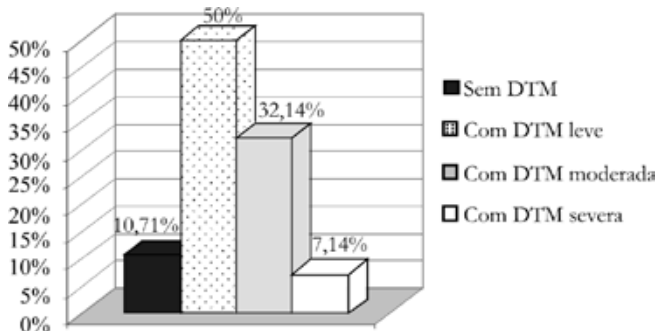


Figura 2. Grau de DTM entre os pacientes que apresentaram entre 2 e 4 sinais.

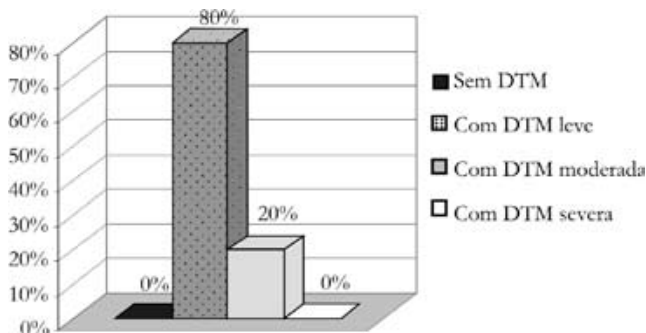


Figura 3. Grau de DTM entre os pacientes que apresentaram apenas 1 (um) dos sinais.

DISCUSSÃO

As publicações descritas na literatura citam uma série de acontecimentos decorrentes do uso combinado de prótese total maxilar e prótese parcial removível mandibular com extremos livres. Kelly¹ já se preocupava em descrever mudanças que poderiam ser observadas nos pacientes portadores desses tipos de próteses. Através da análise clínica desses pacientes, e com o auxílio de radiografias cefalométricas, os autores verificaram algumas alterações nos rebordos alveolares

desses pacientes após a instalação das mesmas, como: 1) reabsorção óssea na região anterior da maxila; 2) aumento das tuberosidades; 3) hiperplasia papilar palatina; 4) extrusão dos dentes naturais anteriores mandibulares e 5) perda óssea abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular. Esses cinco sinais clínicos constituíram então a “Síndrome de Kelly” ou “Síndrome da Combinação”.

Apesar de a literatura apontar dados clínicos específicos que constituem essa síndrome, não está claro se o paciente deve apresentar os cinco sinais simultaneamente para ser considerado portador da SC. Dos pacientes analisados nenhum deles apresentou todos os sinais, em contrapartida todos os pacientes apresentaram os sinais de forma isolada ou parcialmente agrupados (Figura 1).

Porém, a despeito deste aspecto, os pacientes apresentaram condições clínicas incompatíveis com uso regular, estável e confortável das próteses, via de regra pela severa perda óssea e pelo desequilíbrio oclusal, potencialmente iatrogênicos às estruturas de suporte.

Portanto, pacientes com esse perfil, portadores de dentes naturais anteriores mandibulares e desdentados totais maxilares, quando submetidos a tratamento com próteses, primeiramente as apresentam numa condição de conforto, o que favorece a função mastigatória, principalmente na região posterior. Porém, devido à reabsorção óssea fisiológica que ocorre abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular, há uma desarmonia oclusal, diminuindo a efetividade mastigatória nessa região, o que força o paciente a concentrar a mastigação na área anterior, favorecendo o estabelecimento de uma alavanca na região anterior da maxila, uma vez que a prótese utilizará esta região como fulcro, o que gera desadaptação na região posterior podendo causar aumento das tuberosidades que pode estar relacionado a um aumento mucoso ou à pneumatização do seio maxilar, devido à pressão gerada durante a desadaptação da prótese.

Tais condições podem ser controladas através de condutas precisas e regulares, já estabelecidas, durante a preservação do caso, ou associando a prótese parcial removível a um implante osseointegrado, com vistas ao equilíbrio biomecânico, à estabilidade oclusal e a menor solicitação do rebordo na extremidade livre^{4,7}.

Desse modo, fica evidente a necessidade de se assumir uma postura preventiva frente ao tratamento com prótese através de retornos periódicos do paciente ao cirurgião-dentista para verificação da necessidade de reembasamentos, integridade dos contatos oclusais, higienização e adaptação das próteses. Além de avaliar a possibilidade de colocação de implantes em benefício ao tratamento.

A SC é potencialmente iatrogênica ao sistema estomatognático, especialmente às estruturas de suporte dentais e muco-ósseas, bem como à articulação temporomandibular¹⁻³. Através desse estudo observou-se que a maioria dos pacientes (89%) apresentou algum grau de DTM, de acordo com a Escala Anamnésica de Fonseca⁶, 50% apresentaram DTM de grau leve, 32,14% com DTM moderada e 7,14% com DTM de grau severo (Figuras 2 e 3).

Essa incidência de problemas articulares pode estar relacionada ao posicionamento anterior da mandíbula devido à concentração de forças mastigatórias na região dos dentes naturais anteriores em associação à perda dos dentes naturais posteriores mandibulares. Diante disso, o côndilo, primeiramente, para realizar a mastigação nessa região anterior dos dentes naturais, é projetado anteriormente, atingindo o pico da eminência articular podendo originar os estalidos durante a função; e a perda dos dentes naturais posteriores permite que o côndilo intrua na cavidade articular provocando

pressão sobre o disco articular causando atrofia, reabsorção óssea, retrodiscite, sintomas auditivos e estiramento dos ligamentos articulares.

Diagnosticar a síndrome e estabelecer o tratamento adequado às necessidades do paciente pode interromper o processo destrutivo, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que todos os pacientes apresentaram os sinais de forma isolada ou parcialmente agrupados e que nenhum paciente apresentou os cinco sinais simultaneamente.

A maioria dos pacientes (89%) apresentou algum grau de DTM, segundo Fonseca⁶.

REFERÊNCIAS

1. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J Prosthet Dent.* 1972; 27(2):140-50.
2. Barber HD, Scott RF, Maxson BB, Fonseca RJ. Evaluation of anterior maxillary alveolar ridge resorption when opposed by the transmandibular implant. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48(12):1283-7.
3. Saunders TR, Gillis RE Jr, Desjardins RP. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. *J Prosthet Dent.* 1979; 41(2):124-8.
4. Rocha EP, Luersen MA, Pellizzer EP, Del Bel Cury AA. Distal-extension removable partial denture associated with an osseointegrated implant. Study by the finite element method. *J Dent Res.* 2003; 82: 254.
5. Garcia AR, Sousa V, Pellizzer EP, Zuim PRJ. Extremidade livre: período médio para reembasamento. *Rev Odontol Unesp.* 1994; 23(2): 307-11.
6. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO.* 1994; 42(1): 23-8.
7. Keltjens HM, Kayser AF, Hertel R, Battistuzzi PG. Distal extension removable partial dentures supported by implants and residual teeth, considerations and case reports. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1993; 8(2): 208-13.

Recebido em: 17/4/2007

Aprovado em: 26/9/2007