

Federica Velardita

Síndrome de Kelly- a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022



Federica Velardita

Síndrome de Kelly- a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022

Federica Velardita

Síndrome de Kelly- a propósito de um caso clínico

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do grau de

Mestre em Medicina Dentária

---

Federica Velardita

## **RESUMO**

A síndrome de Kelly, caracteriza-se pelo conjunto de sinais/sintomas clínicos associados ao portador de prótese total maxilar com dentes ântero-inferiores. Estas características clássicas incluem a perda do suporte ósseo na região anterior maxilar, crescimento fibroso da tuberosidade maxilar, hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e fibromucosa da região anterior, extrusão dos dentes anteriores inferiores e perda óssea sob a base da prótese parcial inferior. O objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação com próteses removíveis de um paciente com síndrome de Kelly e aprofundar a fisiopatologia da doença para um correto diagnóstico, discutindo possíveis planos de tratamentos, fundamentado isso numa revisão da literatura integrativa do tema. Descreve-se a reabilitação oral de um caso clínico complexo de síndrome de Kelly através da informação clínica recolhida nas consultas de Prostodontia realizadas nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

**Palavras-chave:** Edentulismo; síndrome de Kelly; síndrome Combinada; síndrome da hiperfunção anterior;

## **ABSTRACT**

Kelly's syndrome is characterized by a set of clinical signs/symptoms associated with a complete maxillary denture with lower anterior teeth. These classic features include loss of bone support in the maxillary anterior region, fibrous growth of the maxillary tuberosity, papillary hyperplasia of the hard palate, fibromucosal tissues of the anterior region, extrusion of the mandibular anterior teeth, and bone loss under the mandibular partial denture base. The objective of this work is to present the rehabilitation with removable prostheses of a patient with Kelly syndrome and to deepen the pathophysiology of the disease for a correct diagnosis, discussing possible treatment plans, based on a review of the integrative literature on the subject. The oral rehabilitation of a complex clinical case of Kelly syndrome is described through clinical information collected in the Prosthodontics appointments carried out at the Pedagogical Dental Medicine Clinics of the Faculty of Health Sciences of the Fernando Pessoa University.

**Keywords:** Edentulism; Kelly Syndrome; Combination Syndrome; anterior hyperfunction syndrome.

## **DEDICATÓRIA**

A todas as pessoas que me apoiaram com todo o seu amor.

“Gutta cavat lapidem non vi, sed saepe cadendo”

“A’ medida que a gota cai, ela cava a pedra, não por sua força, mas por sua constância”

“Cadendo la goccia scava la pietra, non per la sua forza ma per la sua costanza”

(Lucrezio)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus professores, em especial à Professora Cláudia Barbosa. Uma das melhores profissionais desta faculdade, não poderia ter escolhido melhor orientador. Sua paciência, seu conhecimento e sua severidade me estimularam a fazer cada vez melhor. Este trabalho final não teria sido o mesmo sem a sua ajuda;

Aos meus pais, que me deram o sentido do dever, e me ensinaram que na vida é preciso se comprometer e acreditar nas suas capacidades quando se quer alcançar um objetivo, eles que ao longo deste caminho foram meu apoio e incentivo, principalmente na os dias mais difíceis. Obrigada por acreditar em mim quando eu nem acreditava.

Ao meu irmão, Nicola, que foi meu exemplo. Ele ensinou a todos o que significa sacrificar-se por causa do que você quer fazer. Você tem sido uma grande inspiração;

A Mariella e Paolo, que criaram uma relação que vai além do parentesco. Estamos ligados na alma, e o bem que queremos é nutrido pela constância, pelo desejo de nos vermos, pelos pequenos gestos, pelo equilíbrio das palavras, por estarmos sempre lá apesar de tudo. A vocês que foram meus primeiros Fãs, dedico este sucesso e os que virão;

A Valentina, que se juntou quase no final desta jornada, me dando lindos arco-íris depois de mil e mil tempestades, estava mais perto de mim do que esses quilômetros poderiam nos separar.

A Giordana, que foi o apêndice da minha família, elemento de completude, presença e afeto, companheira e amiga de muitas memórias. Caminhamos juntos por estradas muito sinuosas, e o que vejo agora também é obra sua. Eu nunca quis ter mais ninguém como parceiro além de você. Você foi capaz de fazer qualquer lugar em casa. Espero ter dado a você momentos e palavras suficientes para fazer você entender quem você é para mim e o que você vale;

Aos amigos, sempre presentes, Carmine, Chiara e Nicole, mas especialmente a Mariachiara e Marzia. Você me deu sorrisos, ficando perto de mim e derrubando o muro da distância, sempre me fazendo sentir seu carinho e a estima que você tem por mim;

A Martina, também conhecida como Maurizia. Você é um exemplo de coragem, paixão e perseverança. Você é uma mulher com um caráter determinado, altruísta e às vezes infantil. Nunca se perca Martina entre a maldade do povo, eles são grisalhos e, como ovelhas, às vezes andam tentando se aproximar da mediocridade da sociedade. Você não é para todos e isso o torna mágico;

Ao meu Binómio e amigo, Giovanni. Passamos juntos por momentos de grande crescimento. Nos ajudamos a superar obstáculos, você me deu muitas risadas com seu jeito de fazer as coisas;

À Carola, Giuditta e Irene que foram pessoas presentes, amigas por quem tenho um carinho muito grande. Vocês são pessoas especiais e eu não poderia ter escolhido melhores companheiros.

A toda a turma 2, especialmente meus colegas e amigos Alessia, Chiara, Claudia, Federico, Gabriele, Mirko, Luca e Riccardo;

A todos os meus avós em especial ao meu Avô Enzo, o primeiro a ter construído aquele lugar que para outros é um local de trabalho, mas para nós é a nossa casa;

Aos meus pacientes e ao Porto,

Obrigado por ajudar a construir um sonho.

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS.....	xiii
I. INTRODUÇÃO .....	1
1. Prevalência da síndrome de Kelly .....	2
2. Etiofisiopatologia da síndrome de Kelly .....	3
3. Diagnóstico e opções tratamento na síndrome de Kelly.....	5
II . CASO CLÍNICO .....	6
III. DISCUSSÃO.....	11
IV.CONCLUSÃO .....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16
ANEXOS.....	19

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Comissão de Ética .....	19
Anexo 2 - Comunicação com a Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária (pedido e autorização) .....	20
Anexo 3 - Figuras 7-10.....	22

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fotografia intra-oral com avaliação de rebordo alveolar flácido maxilar .....	6
Figura 2 Fotografia intra-oral da mandíbula vista oclusal .....	7
Figura 3 Ortopantomografia.....	7
Figura 4 Vista frontal desgaste dentário.....	8
Figura 5 Vista frontal em intercuspidação máxima inicial .....	8
Figura 6 Reabilitação protética final. ....	10
Figura 7 Vista lateral em intercuspidação máxima inicial. ....	22
Figura 8 Vista lateral intra-oral mandibular 4º quadrante inicial.....	22
Figura 9 Restaurações bordos incisais do 5º sextante .....	22
Figura 10 Imagem extra-oral em repouso depois a colocação protética .....	23

## **ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

**CPMD** Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária

**DVO** Dimensão vertical de oclusão

**PPR** Prótese parcial removível

**PT** Prótese total

**SK** Síndrome de Kelly

**UFP** Universidade Fernando Pessoa

## I. INTRODUÇÃO

Ellsworth Kelly, em 1972, foi o primeiro dentista a descrever cinco sinais ou sintomas associados à utilização de prótese total maxilar oposta por prótese parcial mandibular de classe I e que descreveu como sendo, a reabsorção do rebordo maxilar anterior, a hiperplasia papilar no palato duro, a hipertrofia da tuberosidade maxilar, a extrusão dos dentes anteriores inferiores e perda óssea sob a base da prótese parcial mandibular. O autor designou esta síndrome por síndrome combinada, contudo pelo facto de ter sido descrita por este, é também designada por Síndrome de Kelly (SK), designação esta que será adotada neste trabalho. Ele explicou estes sintomas através de uma teoria em que afirmava que essa sequência era desencadeada devido a uma pressão negativa dentro da prótese total maxilar, o que fazia com que o rebordo anterior fosse pressionado superiormente pela oclusão anterior, seguido por uma perda precoce de osso da -parte anterior da pré maxila e formação de epúlides fissuradas no sulco vestibular maxilar (Kelly, 1972) Já Saunders et al., em 1979 acrescentaram à descrição da SK a perda da dimensão vertical de oclusão, a discrepância do plano oclusal, o reposicionamento espacial anterior da mandíbula, a má adaptação das próteses, e as alterações periodontais no 5º sextante, como outras alterações que poderiam ser encontradas nesta condição clínica. Os autores sugeriram que a sequência de eventos era iniciada pela perda do suporte posterior da mandíbula, resultando numa diminuição gradual da carga oclusal posterior e um aumento da carga oclusal anterior. Eventualmente, este aumento da pressão anterior resultaria na reabsorção do rebordo residual anterior maxilar (Saunders et al, 1979). O glossário de termos prostodônticos (GTP, 2017) define a SK, síndrome combinada ou síndrome de hiperfunção anterior, como as alterações que ocorrem quando uma maxila edentula é oposta por dentes anteriores mandibulares naturais, e inclui perda de osso da porção anterior do rebordo maxilar, crescimento excessivo da tuberosidade, hiperplasia papilar da mucosa palatina sobre palato duro, extrusão dos dentes anteriores inferiores e perda de osso alveolar e altura do rebordo alveolar sob as bases das próteses parciais removíveis mandibulares (Driscoll *et al.*, 2017).

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de reabilitação oral de um paciente com SK tratado nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (UFP). Para tal, procedeu-se ao pedido de utilização dos dados clínicos do paciente (história clínica, registos de consultas, fotografias e exames imagiológicos) à Comissão de Ética da UFP (anexo 1) e após autorização, pediu-se à Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de

Medicina Dentária da UFP (anexo 2) a marcação do paciente para consulta de controlo e a autorização para consulta dos respetivos dados clínicos. Não tendo conseguido contactar o paciente, descreveu-se o caso clínico com a informação disponível, discutindo os aspetos relacionados com a opção reabilitadora utilizada e as dificuldades técnicas inerentes. Através de uma revisão bibliográfica integrativa sobre a SK, tendo como base as palavras-chave aplicadas na base de dados PUBMED; “Kelly syndrome”, “combination syndrome”, “anterior hyperfunction syndrome”, fundamentou-se os aspetos relacionados com o diagnóstico, etiopatologia, opções de tratamento e manutenção da reabilitação oral da SK.

### **1. Prevalência da síndrome de Kelly**

As características associadas à SK visíveis em todos os pacientes que são portadores de prótese total maxilar oposta a dentes anteriores no 5º sextante. Assim, ao longo dos anos, estudos foram realizados em pacientes com próteses totais maxilares e parciais removíveis mandibulares (Classe I de Kennedy e Classe II de Kennedy) para evidenciar a incidência da SK de acordo com as características descritas por Kelly. O primeiro a analisar as características da síndrome combinada foi próprio Ellswort Kelly, no 1972, que acompanhou um pequeno grupo de pacientes usando uma prótese total maxilar oposta por dentes anteriores inferiores e uma prótese parcial removível (PPR) de extensão distal. Dos 6 pacientes acompanhados por 3 anos, todos apresentaram redução do osso anterior da maxila juntamente com tuberosidades aumentadas. Em 5 pacientes houve aumento do nível ósseo das tuberosidades. Kelly culpou o a falta de prótese parcial removível (PPR) mandibular e a falta de um selamento posterior na prótese maxilar por essas alterações. Mais tarde, em 1989, Shen e Gongloff, fizeram um estudo para observar se as mesmas características de Kelly também se manifestariam em pacientes com padrões oclusais diferentes daqueles anteriormente descrito. Investigaram a prevalência de a SK em 150 pacientes que usavam PT e em 26% dos reabilitados com próteses totais superiores e PPR mandibulares, os autores constataram que as alterações consequentes ao uso de próteses, nomeadamente, perda óssea maxilar anterior, perda óssea mandibular posterior, rebordo alveolar maxilar angulado, hipertrofia da tuberosidade (geralmente tecido mole) e a hiper mobilidade da crista maxilar anterior residual ocorreu em 24% dos pacientes que tinham dentes anteriores inferiores naturais opostos às próteses totais superiores. Essa prevalência foi cinco vezes maior do que em pacientes que usavam próteses totais maxilares e mandibulares (7%), no entanto, a taxa não diferiu significativamente entre os pacientes que usam ou não PPR

mandibular, e aqueles que tinham até um molar inferior presente não apresentaram a síndrome (Shen and Gongloff,1989). Isto corrobora a opinião de que a falta de suporte oclusal posterior é o fator chave no desenvolvimento desta síndrome. Em 2007, Salvador et al. examinaram 44 pacientes com PT maxilares opostas a dentes anteriores inferiores, 32 dos quais possuíam PPR de Classe I de Kennedy e 12 tinham PPR de classe II de Kennedy. Dos 32 pacientes que usavam PT maxilares opostas aos dentes anteriores inferiores e PPR de classe I, 8 (25%) apresentaram três características da SK, 70% apresentaram reabsorção excessiva do 2º sextante e 40% tinham hipertrofia da tuberosidade. Neste estudo, não se verificou a SK em paciente de classe II mandibular e a prevalência de síndrome foi de 25% (Salvador *et al.*, 2007). Em 2016, Juturo e Mannava, publicaram os resultados do seu estudo realizado durante 2 anos, em 480 pacientes, incluindo 160 pacientes com prótese total maxilar e prótese mandibular removível de classe I de Kennedy. Os autores verificaram que 30% dos pacientes (n=160) teve diagnóstico de SK e que a taxa de prevalência incidiu sobre os pacientes em risco e não sobre todos os pacientes portadores de prótese.

## **2. Etiofisiopatologia da síndrome de Kelly**

Quando temos um paciente que apresenta a SK temos considerar que vários fatores predisponentes que podem estar relacionados com o seu desenvolvimento, nomeadamente: idade, género, há quanto tempo o paciente é edêntulo, há quanto tempo tem prótese, número e estado periodontal dos dentes remanescentes, higiene oral, parafunções, esquema oclusal das próteses pré-existentes, saúde geral, nutrição, doenças sistémicas e osteoporose (Carlsson, 2004). A literatura não confirma uma relação entre a idade e o género, sendo que uma pessoa idosa normalmente tem mais reabsorção da crista óssea que um jovem mas apenas e só porque provavelmente o tempo de edentulismo é maior, contudo, o tempo que o paciente é edêntulo ou tem prótese pode não ser significativo para o desenvolvimento da SK(Carlsson, 2004). Embora a maioria dos autores concorde hoje que a reabsorção do rebordo residual está mais relacionada ao uso do que, ao não uso de próteses, e o efeito provavelmente varia com a qualidade e função das próteses. O trauma nos tecidos pode ser causado por muitos fatores, como má oclusão, mau ajuste das próteses e carga oclusal funcional/parafuncional desfavorável (Carlsson,2004). Sabemos que forças moderadas e intermitentes exercidas na crista óssea por uma prótese podem ser estimulantes e ajudar a preservar, em vez de destruir, a crista óssea mas sabemos também que força excessiva causa reabsorção do rebordo residual (Rao, Kumar and Kumar,2011). Kelly

no seu estudo indica que a SK é desencadeada, por uma pressão negativa dentro da base da PT maxilar sendo que a parte anterior da maxila é a parte mais fraca do arco superior para resistir ao stress e quando os dentes anteriores inferiores ocluem na zona anterior do suporte basal, o trauma é inevitável confirmando que a perda precoce do osso da parte anterior do maxilar é a chave para as outras alterações da SK (Kelly, 1972). Tolstunuv (2011) explica que o cenário de iniciação mais comum para a SK envolve perda completa dos dentes na maxila e perda parcial dos dentes na mandíbula, com dentes anteriores preservados causando deficiência da função mastigatória. A perda de dentes posteriores mandibulares e alteração do padrão mastigatório podem levar à reabsorção óssea alveolar nos quadrantes posteriores da mandíbula. Assim, na parte posterior da mandíbula é mais provável a atrofia do que a maxila posterior após a perda de dentes. Este padrão atrófico ocorre não só por perda de função, mas também alterações protéticas e da idade relacionada com a diminuição do suprimento sanguíneo encontrado na mandíbula posterior (Tolstunov, 2011). Moharamzadeh et al, 2018, descreveram também dois cenários possíveis que podem ocorrer associados ao aparecimento da SK: o primeiro está em linha com os mencionados, o segundo está baseado na reabsorção gradual dos bordos residuais mandibulares distais. Essa reabsorção leva a um plano oclusal que é mais baixo na área posterior e mais superior na área anterior, portanto, um plano oclusal reverso. Para os autores, qualquer que seja a causa que desencadeia a SK, o círculo vicioso continua da mesma forma, ou seja, uma diminuição da dimensão vertical de oclusão, uma diminuição na estabilidade e retenção da prótese, o que leva a uma falta de oclusão entre os dentes que gera uma sobre erupção dos dentes antero inferiores com consequente perda de suporte periodontal (Moharamzadeh, 2018). Forças originárias nos dentes antero-inferiores são direcionadas para a porção anterior da prótese maxilar não suportada levando à perda de osso e altura da crista anteriormente e a crista residual posterior torna-se maior com a possível hipertrofia da tuberosidade (Aman and Nitika, 2016), continuando assim o círculo vicioso. Fatores de origem sistémica também podem favorecer o aparecimento da SK: por exemplo um doente asmático, tem um risco significativo alto de ter uma reabsorção severa da crista óssea por causa do uso de corticosteroides presentes nos medicamentos inalatórios; também no caso da osteoporose esta pode estar relacionada com a reabsorção óssea, sendo que a osteoporose na mandíbula pode envolver o risco de pequena acentuação de perda óssea em usuários de próteses totais/selas distais; em indivíduos com periodontite esta também pode estar aumentada (Carlsson, 2004)

### **3. Diagnóstico e opções tratamento na síndrome de Kelly**

Uma revisão completa do histórico médico e clínico do paciente é essencial para avaliar a SK (Taylor, 1997). O ponto de partida para fazer um diagnóstico adequado é avaliar cada dimensão de saúde do paciente (Stahl, Wisan and Miller, 1952). Em primeiro lugar é necessário saber história da saúde geral, nomeadamente, doenças sistémicas e medicações, o contexto psicossocial do paciente e depois a avaliação da história dentária. Segue-se a avaliação clínica extraoral e intraoral, e a avaliação radiográfica (Taylor, 1997). Depois de realizada a avaliação dos potenciais fatores etiológicos é fundamental proceder à sequenciação do plano de tratamento tendo em conta a situação socioeconómica do paciente, a valorização que da estética, bem como, as vantagens e desvantagens dos diferentes tratamentos, atendendo à situação clínica do paciente (Laport *et al.*, 2017).

O tratamento da SK pode incluir apenas a reabilitação protética ou uma fase cirúrgica prévia à reabilitação oral. A cirurgia de tecidos moles/duros é realizada quando é mais favorável remover os tecidos flácidos, quando se decide fazer vestibuloplastia ou regularização da tuberosidade; contudo, a cirurgia também pode ser realizada com vista à colocação de implantes. O tratamento protético pode seguir a reabilitação clássica que prevê uma reabilitação com PPR inferior com uma oclusão balanceada a uma PT maxilar e o uso das técnicas específicas para obter uma impressão para representar os tecidos flácidos sem distorção ou a realização de próteses removíveis ou fixas implantossuportadas. O fundamento clínico do tratamento cirúrgico é para reduzir o movimento da prótese durante as forças mastigatórias e consiste em melhorar a adaptação/extensão da base protética ou melhorar o seu suporte; o tratamento protético clássico deve ser realizado de forma a obter contactos oclusais uniformes assim pode reduzir a carga sobre a crista alveolar antero-superior. Nestes casos clínicos é importante prevenir a distorção dos tecidos fibrosos, por isso a impressão mucostática dos tecidos fibrosos pode causar um aumento do deslocamento da prótese sob carga. Por último, o tratamento protético sobre implantes é escolhido para maximizar a estabilidade/retenção da prótese, contudo a maior dificuldade deste normalmente assenta na disponibilidade óssea, que se é limitada, podendo impedir o posicionamento dos implantes maxilares pela técnica convencional, obrigando a técnicas de regeneração óssea prévias à sua colocação ou à colocação de implantes em áreas alternativas, como por exemplo, na área zigomática. (Friel, 2014).

## II. CASO CLÍNICO

Homem de 64 anos, reformado, compareceu em outubro do 2016 na consulta de Prostodontia da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (CPMD-UFP) com vista ao tratamento dentário dos dentes remanescentes e planeamento de nova reabilitação protética. Na história médica é de ressaltar: história de refluxo gastroesofágico durante a idade ativa do paciente que estabilizou após reforma; a existência em 2011 de um enfarte agudo do miocárdio seguido de situação comatosa durante 10 dias. Paciente, à data da consulta de triagem, encontrava-se estabilizado da parte cardiovascular com a toma de anti hipertensor (Perindopril 4mg/Indapamida 1,25mg/1comp/1 vez por dia; toLife®) e um antiagregante plaquetário (100mg ácido acetilsalicílico/1comp/1 vez por dia; Cartia®); apresentava tensões arteriais de (120/80mm Hg) e um Índice de Massa Corporal de 24,5 (Altura 1,69m; peso 70kg). Na história médica dentária é de ressaltar: perda precoce dos dentes maxilares (antes dos 30 anos de idade) sendo portador de prótese total maxilar desde essa altura; perda precoce de dentes posteriores na mandíbula sem nunca os ter reabilitado; bruxismo dentário em jovem. Nos hábitos de higiene oral o paciente referiu escovagem dentária duas vezes ao dia com pasta dentífrica e sem qualquer tipo de suplementação adicional de flúor. No exame clínico extra-oral verificou-se perda de dimensão vertical de oclusão, lábios finos com inversão da linha de sorriso e do plano oclusal posterior maxilar. No exame clínico intra-oral verificou-se crista alveolar flácida maxilar entre tuberosidades (Figura 1); hiperplasia das glândulas salivares sublinguais associada a reabsorção severa do 4º e 6º sextantes (Anexo 3, Figura 7) e crista alveolar mandibular muito fina extrusão dentária do 5º sextante (Anexo 3, Figura 8),

**Figura 1** Fotografia intra-oral com avaliação de rebordo alveolar flácido maxilar



No exame clínico dentário, a maxila edentula e mandíbula com desdentação parcial de Classe I de Kennedy e a presença dos dentes de 34 a 43; dentes inferiores remanescentes apresentavam desgaste dentário misto ao nível incisal (abrasão e erosão), placa bacteriana/tártaro

supragengival, cárie nos dentes 34 (DV), 33(M), 32 (D), 42(D) e lesão cervical não cariada (abfração e erosão) no dente 43 (V) (Figura 2).

**Figura 2** Fotografia intra-oral da mandíbula vista oclusal



Na ortopantomografia inicial verificou-se a presença de um rebordo alveolar maxilar atrófico irregular; reabsorção posterior mandibular muito acentuada com aparente extrusão dos dentes inferiores; presença do resto radicular do 35; chanfradura antegonial marcada com irregularidades massetéricas nos ângulos mandibulares e hipertrofia coronoide bilateral; côndilos articulares assimétricos (Figura 3).

**Figura 3** Ortopantomografia



Do exame clínico extra e intraoral conclui-se que o paciente era portador da Síndrome de Kelly e apresentava associadas a esta as seguintes características clínicas:

-Reabsorção do rebordo alveolar anterior da maxila,

- Rebordo alveolar flácido em toda a pré-maxila e com extensão até á região dos primeiros molares (plano oclusal maxilar reverso);
- Extrusão do 5º sextante (inversão do plano oclusal mandibular anterior)
- Reabsorção óssea acentuada no 4º e 6º sextantes;
- Perda da dimensão vertical de oclusão (Figura 4, Figura 5)

**Figura 4** Vista frontal desgaste dentário

**Figura 5** Vista frontal em intercuspidação máxima inicial



O paciente iniciou os tratamentos nas CPMD-UFP, em relação à fase sistémica e como o paciente, apesar da história cardiovascular, afirmou ter a hipertensão arterial controlada pela medicação (apresentou mapa de tensão arterial), não se procedeu ao contacto com o médico assistente pois não foi considerado haver risco elevado das patologias apresentadas em relação aos procedimentos a efetuar. Não houve fase aguda pois o paciente não apresentava queixas para resolução imediata. Na fase de controlo de doença (outubro 2016) o paciente tratou com ionómero de vidro (Fuji II LC GC®) a cárie activa do dente 34 (DV) e fez tratamento de suporte periodontal. No tratamento definitivo (entre outubro 2016 e janeiro 2017) tratou a lesão cervical não cariiosa do dente 43 com ionómero de vidro (Fuji II LC GC®) e as cáries inativas do 32 (D), 33(M) e 42(D) com resina composta (Herculite XRV®, Kerr), extraiu resto radicular de 35, fez o tratamento endodôntico não cirúrgico do dente 34, com posterior seção coronária e recobrimento radicular e selamento canalar a resina composta (Herculite XRV®, Kerr). Como tratamento definitivo protético, foi proposto ao paciente, em primeira instância, a avaliação da possibilidade de reabilitação com implantes cujo paciente recusou pela questão económica. Assim, optou-se pela reabilitação protética com próteses removíveis sem qualquer intervenção cirúrgica prévia.

Integrado na fase definitiva e como tratamento reabilitador foi realizado ao paciente:

- Aumento coronário incisal de todos os dentes do 5º sextante a resina composta com correção da DVO, controlo do desgaste e da estética dentária (Anexo 3, Figura 9);

- Prótese total acrílica maxilar;

- Prótese parcial removível esquelética de 8 dentes, sobredentadura ao 34.

Como sequência do tratamento reabilitador realizado entre fevereiro e maio de 2017 o paciente esteve presente nas seguintes consultas:

1ª Consulta: Impressões Preliminares com moldeiras universais em alginato (Turboprint® Ortho, R&S) para obtenção de modelos de estudo;

2ª Consulta: Registos intermaxilares preliminares na DVO de reabilitação e montagem de modelos de estudo em articulador semi-ajustável (Quick Master®, Fag-Dentaire); Enceramento de diagnóstico dos dentes 33 a 43 (IQ® Cera Diagnóstica, Yeti Dental), na DVO de reabilitação; realização de impressão ao enceramento de diagnóstico em silicone transparente (Memosil 2; Kulzer®) para confecção de muro lingual/incisal/vestibular para realização de restaurações a compósito pela técnica direta;

3ª Consulta: Restauração de 4 faces dentárias dos dentes 33 a 43 (Herculite XRV®, Kerr) e ajuste oclusal da prótese total maxilar que o paciente ainda utilizava às restaurações realizadas;

4ª Consulta: Impressão definitiva maxilar com moldeira individual para obtenção de modelo definitivo: a) selamento periférico com godiva e colocação de stop único no palato (Green Impression Compoud®, Kerr); b) perfuração da moldeira na área sobre a crista alveolar maxilar e sem perfuração na parte central do palato; c) colocação de adesivo de alginato (Tray-Fix, R&S®); d) impressão com alginato (Neocoloide®, Zhermarck);

5ª Consulta: Impressão definitiva mandibular com moldeira individual após preparação pré-protética segundo proposta de desenho biológico, para obtenção de modelo definitivo: a) selamento periférico com godiva e na área dos extremos livres (Green Impression Compoud®, Kerr); b) colocação de adesivo de alginato (Tray-Fix, R&S®); d) impressão com alginato (Palgat™ Plus, 3M);

6ª Consulta: Registos intermaxilares definitivos com placa de registo intermaxilar e estrutura metálica mandibular preparada para técnica do modelo modificado. Impressão funcional dos

extremos livres realizada após registo intermaxilar: a) selamento periférico com godiva das bases acrílicas nos extremos livres (Green Impression Compoud®, Kerr); b) confirmação do registo intermaxilar; c) alívio de 1mm de acrílico da face interna das bases acrílicas; d) colocação de adesivo de silicone nas bases acrílicas (VPS™ Tray adhesive, 3M ESPE); e) impressão funcional com silicone monofásico de média viscosidade (Express XT®, 3M ESPE). Escolha de cor A3 (Escala VitaPan® Classical);

7ª Consulta: Prova dos 6 dentes anteriores;

8ª Consulta: Prova estética e funcional de todos os dentes

9ª Consulta: Colocação das próteses (maio 2017) (Figura 6; Anexo 3, Figura 10 )

**Figura 6** Reabilitação protética final.



11ª, 12ª e 13ª Consultas (maio, junho 2017): Controlo do esquema oclusal (oclusão balanceada) e das áreas de dolorosas.

Foi recomendado ao paciente que o período de manutenção da reabilitação protética, das restaurações incisais, do esquema oclusal e de manutenção periodontal recomendado ao paciente fosse de 6 em 6 meses.

Paciente compareceu passado 11 meses (abril 2018) com fratura do dente 33 (bordo incisal) mas com estabilidade das bases protéticas e manutenção da oclusão posterior, não se tendo recomendado qualquer tipo de manutenção protética. Foi realizada a manutenção periodontal e restauração do bordo fraturado. Foi recomendada marcação de consulta em outubro 2018, a qual o paciente não marcou e nas sucessivas tentativas de marcação de consulta nunca mais retornou à Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

### III. DISCUSSÃO

A reabilitação protética da maxila totalmente edentula que se opõe uma mandíbula parcialmente edentula, com extremos livres, pode representar um desafio clínico considerável para o dentista, em especial quando já está instalada a SK (Schmitt, 1985). Os problemas clínicos potencialmente encontrados nesta situação podem incluir:

-Discrepâncias horizontais exageradas entre os rebordos quer no sentido transversal ou antero-posterior o que dificulta a coordenação entre arcadas, quer a nível posterior (obrigando muitas vezes a mordida cruzada posterior), quer a nível anterior, especialmente, em relação aos dentes naturais, o que pode obrigar a uma mordida cruzada anterior ou topo-a-topo

-Problemas de suporte variável (rebordo flácido anterior maxilar pensado para ser causado por forças diferenciais em um rebordo edentulo causado por um arco oposto parcialmente desdentado);

-tuberosidades maxilares aumentadas (limitando a orientação correta do plano oclusal e a quantidade de espaço entre as cristas disponível para posicionar os dentes protéticos).(Lynch, and Allen, 1972).

O paciente apresentado neste caso clínico, relatou que era portador de prótese total maxilar desde quando perdeu todos os dentes maxilares e antes dos 30 anos de idade. Os dentes posteriores mandibulares haviam sido perdidos também precocemente e nunca reabilitados. O paciente tinha consciência de que tinha desenvolvido um padrão de mastigação anterior o que fez com que no tempo o rebordo maxilar se tenha tornado flácido entre tuberosidades. Assim, este caso clínico apresentava um suporte maxilar muito comprometido. Após o exame clínico e radiográfico, ficou evidente que o rebordo alveolar maxilar estava atrófico e, segundo a classificação de Cawood e Howell, o paciente foi classificado como uma Classe V (Patel, Jablonski and Morrow, 2018), sendo dessa forma o prognóstico para o sucesso do tratamento com implantes limitado pela dificuldade do caso clínico. Segundo Penarrocha et al., 2012, nos casos de atrofia maxilar severa (Classes IV e V) os implantes zigomáticos são um procedimento alternativo ao aumento ósseo de elevação do seio e enxertos ósseos e as taxas de sucesso relatadas variaram de 82% a 100%.(Penarrocha *et al.*, 2012) O canal nasopalatino também tem sido sugerido como uma alternativa para a colocação de implantes no caso de reabsorções severas como coadjuvante de implantes anteriores ao seio maxilar(Peñarrocha *et al.*, 2014). Após a discussão com o paciente sobre esses fatores o paciente recusou o tratamento com

implantes pela questão económica, sendo que o paciente optou por uma reabilitação oral convencional, com uma nova prótese total maxilar e uma prótese parcial removível esquelética mandibular.

Contudo, outro problema existia, como se iria realizar uma prótese total maxilar sobre um rebordo flácido. Este tipo de rebordo reduz a qualidade do suporte o que pode causar dor sob a área de recobrimento da prótese e rotação fácil desta, o que resulta em perda de retenção e estabilidade. As técnicas clínicas para contornar a crista flácida incluem:

-Redução cirúrgica dos tecidos flácida;

-técnicas de impressão que minimizam o movimento dos tecidos flácidos (Friel, 2014; Korunoska-Stevkovska *et al.*, 2017).

Neste caso clínico o grande desafio era proporcionar a adequada adaptação e estabilidade da prótese total num rebordo com extensa reabsorção e com inserções musculares próximas à crista. Contudo, o volume e a altura adequada do rebordo residual seriam um fator importante para a funcionalidade da prótese total e aparência estética do paciente. A hipótese a colocar seria realizar cirurgia pré-protética avançada de aumento de véstíbulo, também conhecida como vestibuloplastia. Esta era uma alternativa para aumentar a altura do rebordo alveolar, como objetivo reposicionar a mucosa, que recobre o osso e as inserções musculares para uma região mais apical, aumentando a altura do rebordo residual e o fundo de véstíbulo (Luciano, Salvi and Garbin Junior, 2015). Fez-se então um bom exame clínico antes de indicar o procedimento de vestibuloplastia, avaliando a atitude mental do paciente, estado físico, histórico médico, além de exames para deteção de achados locais, verificação da altura e espessura do rebordo residual, das inserções musculares e a integridade e qualidade do tecido mucoso (Porto and Piazza, 2019). Assim, neste paciente não foi feito nenhum tipo de cirurgia pré protética sendo que em relação à vestibuloplastia o potencial desta era mínimo pois a reabsorção já ocorria sobre o osso basal e a redução da crista flácida iria reduzir o potencial de estabilidade horizontal. Assim, foi considerado que neste caso clínico, haveria o potencial de piorar o suporte. A seu favor o paciente nunca tinha registado desconforto na crista ou perda de estabilidade da prótese utilizada. Assim, a adaptação no momento da reabilitação, à presença de um rebordo flácido foi utilizar uma técnica de impressão para evitar que estes tecidos flácidos sofressem compressão durante a impressão. Assim, antes da realização da impressão definitiva, na moldeira individual maxilar foi realizado o selamento periférico funcional com material termoplástico e com a

moldeira assente num *stop point* estável no centro do palato, até que o sulco vestibular funcional tivesse sido adequadamente registado. Em seguida foi realizada na moldeira uma janela anterior (1º pré-molar a 1º pré-molar) com 5-6 mm de largura sobre o centro da crista flácida, de forma a minimizar a pressão induzida pelo alginato. O material de impressão utilizado (Neocoloide®, Zhermarck) foi selecionado por apresentar muito baixa viscosidade e alta elasticidade o que era o ideal para o caso em questão.

Um outro aspeto clínico a considerar em pacientes, tal como o deste caso clínico, é a o da desarmonia do plano oclusal maxilar que posteriormente se encontra mais baixo pela reabsorção anterior, com rotação anterior da mandíbula e extrusão subsequente do, 5º sextante e perda progressiva da dimensão vertical na oclusão. (Moharamzadeh, 2018) Tudo isto também tem repercussões a nível estético e funcional. A estética é influenciada negativamente à medida que os dentes anteriores superiores são progressivamente escondidos sob o lábio e os dentes anteriores inferiores são cada vez mais expostos, e o plano oclusal maxilar desce para revelar mais dentes posteriores superiores (Antonelli *et al.*, 2019). Neste caso clínico além desta situação de perda de DVO e inclinação do plano oclusal ser extremamente evidente, o paciente ainda apresentava desgaste dentário dos dentes anteriores inferiores o que iria ainda mais dificultar a execução do esquema oclusal necessário para restaurar a função de mastigação e fonética do paciente, bem como, levar a uma melhor aparência facial. Assim, no caso clínico apresentado foi primeiro reabilitada a dimensão vertical de oclusão anterior, etapa que necessita de maior atenção pois ela influenciará no resultado final do tratamento (Laport *et al.*, 2017), recuperando a inversão do plano oclusal mandibular. Portanto, antes de se fazerem as impressões definitivas, foi realizado o enceramento de diagnóstico do 5º sextante, na dimensão vertical de oclusão de reabilitação e na relação cêntrica, o que permitiu a restauração anatômica dos dentes 33 até 43, restaurando a sua relação anterior. Realizou-se o ajuste oclusal da prótese total maxilar pré-existente à anatomia destes dentes. Os dentes antero inferiores foram assim utilizados para promover primariamente a estética e a fonética, e como elementos de suporte e retenção do esqueleto protético.

No que diz respeito à escolha do esquema oclusal, a correta função de mastigação é de suma importância, uma vez que influencia a digestão dos alimentos e a qualidade de vida. A melhor função mastigatória é atribuída a uma oclusão balanceada bilateral pois traz mais superfícies em contato a cada movimento (Neto, Mestriner and Carreiro, 2010). Neste caso clínico foi fundamental uma oclusão balanceada, especialmente em protrusão, para obter a distribuição

de carga oclusal, tão ampla quanto possível, sobre a base da prótese. A oclusão balanceada bilateral é essencial para o sucesso a longo prazo (Luthra *et al.*, 2018), um esquema oclusal não balanceado permitiria a movimentação da prótese maxilar, o que poderia perpetuar a irritação e inflamação da mucosa e eventualmente levar ainda a mais reabsorção óssea. Funcionalmente, nos dentes anteriores não foram deixados contactos oclusais na posição de relação cêntrica e apenas o mínimo contato quando o paciente desliza em um movimento excêntrico lateral ou protrusivo, com contactos posteriores estabilizadores (Thiel, Evans and Burnett, 1996; Areias *et al.*, 2006; Carlino *et al.*, 2014; Jyoti, Shah and Karthik, 2015). A eficácia a longo prazo do tratamento deve ser assegurada através do acompanhamento do doente nas consultas. As consultas devem ser no mínimo a cada 6 meses, a fim de monitorizar a condição dos tecidos e dentes, caso seja necessário ajustes oclusais e rebasamentos periódicos fundamentais para minimizar o processo de reabsorção óssea (Palmqvist, Carlsson and Öwall, 2003; Bhuminathan, Sivakumar and Venkataeswaran, 2014). Assim, se a reabilitação protética do paciente portador da SK for adequadamente projetada pode fornecer uma vantagem clínica a longo prazo estabelecendo a saúde periodontal dos dentes remanescentes, proporcionando a adequada higiene oral, mantendo a capacidade funcional e os requisitos estéticos do paciente (Hussain *et al.*, 2015).

#### **IV.CONCLUSÃO**

Nos pacientes portadores de PT maxilar e PPR mandibular com extremos livres, as alterações degenerativas são quase inevitáveis sendo que o médico dentista deve abordar o tratamento desses pacientes com cautela e promover ações terapêuticas corretas, informando sempre o paciente do custo benefício a médio/longo prazo das suas intervenções. É fundamental diagnosticar precocemente as características da SK, para prevenir desarmonias oclusais, e consequentemente, as alterações funcionais, estéticas e fonéticas.

A reabilitação do indivíduo portador da SK idealmente deve ser realizada através de reabilitação implantossuportada fixa, mas isso não sempre é possível por diversos motivos (financeiros, saúde geral, convicções, entre outros). Contudo, o clínico deve ser capaz de adaptar os princípios básicos de tratamento às possibilidades de reabilitação de cada paciente, fazendo tudo para normalizar a função, atendendo ao cumprimento dos princípios oclusais, e promover estabilidade das reabilitações no tempo. Para tal é necessário que os pacientes sejam informados do tempo adequado para a sua consulta de manutenção de forma a maximizar os resultados no tempo.

Este caso clínico ilustra um caso extremo em que várias limitações tiveram de ser aceites e várias concessões realizadas, mas no qual não se prescindiu dos fundamentos reabilitadores, nomeadamente, adequada dimensão vertical de oclusão em relação cêntrica com esquema oclusal de oclusão balanceada, adequado plano oclusal, prótese mandibular com suporte dentário máximo, de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente e o prognóstico da sua reabilitação protética. A maior limitação deste caso clínico residiu no facto do paciente, como indicado, não ter procedido às consultas de controlo no tempo de manutenção recomendado pelo que não foi possível avaliar no tempo o sucesso da opção de tratamento realizada.

## BIBLIOGRAFIA

Allen,F (2005). Managment of the flabby ridge in complete denture construction. *Removable Prosthodontics*,32, pp. 524-528.

Aman, A., e Nitika, G. (2016). Eyeing the wonders of nanodentistry. *Unique Journal of Medical and Dental Sciences*, 04(01), pp. 10–14.

Antonelli, J., *et alli.* (2019). Quantifying Flabby Ridge Tissue Displacement During Impression-Making for Patients With Combination Syndrome. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 40(8), pp. e1–e7.

Areias, C. *et alli.* (2006). Síndrome da hiprfuncao anterior. *Pratica clinica*, 5(6), pp. 41-45

Bhuminathan, S., Sivakumar, M. and Venkataeswaran, S. (2014). Combination syndrome – A review. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 11(1), pp. 151–154.

Carlino, P. et al. (2014). Surgical and Prosthetic Rehabilitation of Combination Syndrome. *Case Reports in Dentistry*, 2014, pp. 1–4.

Carlsson, G. E. (2004). Responses of jawbone to pressure. *Gerodontology*, 21(2), pp. 65–70.

Juturu, R. K., Mannava, P., e Singh, H. P. (2016). Prevalence of signs of combination syndrome: A clinical study. *Saudi Journal Oral Dental Research*, 1, pp. 164-6.

Jyoti, N., Shah, N. and Karthik, M. M. (2015). Prosthodontic Rehabilitation of A Patient With Combination Syndrome. *Indian Journal of Dental Advancements*, 07(01), pp. 37–44.

Driscoll, C. F., *et alli.* (2017). The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 117(5), pp. e1–e105.

Ferro, K. J., *et alli.* (2017). The glossary of prosthodontic terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 117(5S), e1–e105

Friel, T. (2014). The “anatomically difficult” denture case. *Dental Update*, 41(6), pp. 506–512.

Hussain, K. A., *et alli.* (2015). Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Removable Prosthodontic Treatment Procedures: An Overview. *The Open Dentistry Journal*, 9(1), pp. 187–189.

- Kelly, E. (1972). Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 27(2), pp. 140–150.
- Korunoska-Stevkovska, V. *et alli.* (2017). Prosthodontic rehabilitation of patient with anterior hyper function syndrome. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(7), pp. 1000–1004.
- Laport, L. B. R. *et alli.* (2017). Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - Relato de caso oral. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 20(1), pp. 108–114.
- Luciano, A. A., Salvi, C. and Garbin Junior, E. A. (2015). Sulcoplastia de Kazanjian modificada, *investigação* 14(1), pp. 159–163.
- Luthra, R. P. *et alli.* (2018). Combination Syndrome- a review-*Original Research Paper Prosthodontics*, 7 (2), pp.129-131.
- Lynch, C. D., e Allen, P. F. (2004). The ‘combination syndrome’ revisited. *Dental Update*, 31(7), pp. 410-420.
- Moharamzadeh, K. (2018). *Diseases and Conditions in Dentistry: An Evidence-Based Reference*. John Wiley & Sons, 3(1), pp. 69–73.
- Neto, A. F., Junior, W. M., e Carreiro, A. D. F. P. (2010). Masticatory efficiency in denture wearers with bilateral balanced occlusion and canine guidance. *Brazilian Dental Journal*, 21(2), pp. 165-169.
- Palmqvist, S., Carlsson, G. E., e Öwall, B. (2003). The combination syndrome: A literature review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 90(3), pp. 270–275.
- Patel, J., Jablonski, R. Y., e Morrow, L. A. (2018). Complete dentures: An update on clinical assessment and management: Part 1. *British Dental Journal*, 225(8), pp. 707–714.
- Peñarrocha, D. *et alli.* (2014). Implants placed in the nasopalatine canal to rehabilitate severely atrophic maxillae: A retrospective study with long follow-up. *Journal of Oral Implantology*, 40(6), pp. 699–706.

Peñarrocha, M., *et alli.* (2012). Rehabilitation of reabsorbed maxillae with implants in buttresses in patients with combination syndrome. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 70(5), pp. e322–e330.

Porto, L. B., e Piazza, J. L. (2019). Aprofundamento de Vestíbulo para Adaptação de Prótese Total. *Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 5210, pp. 20–23.

Rao, S., Kumar, G., e Kumar, M. (2011). Enigma of combination syndrome and its prosthodontics way of management: A case report. *Journal of International Oral Health*, 3(2).

Salvador, M. C. G., *et alli.* (2007). Assessment of the prevalence index on signs of combination syndrome in patients treated at Bauru School of Dentistry, University of Sao Paulo. *Journal of Applied Oral Science*, 15(1), pp. 9–13.

Schmitt, S. M. (1985). Combiantion syndrome: a treatment approach. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 54(5), pp. 664-671.

Shen, K., e Gongloff, R. K. (1989). Prevalence of the ‘combination syndrome’ among denture patients. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 62(6), pp. 642-644.

Stahl, S. S., Wisan, J. M. and Miller, S. C. (1952). The influence of systemic diseases on alveolar bone. *Journal of the American Dental Association* (1939). Elsevier, 45(3), pp. 277–283.


Taylor, G. (1997). CD and RPD: Treatment considerations. In: Taylor, G. J., Bagby, R. M., e Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, 41(2), pp. 248–266.

Thiel, C. P., Evans, D. B., e Burnett, R. R. (1996). Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: A clinical report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 75(2), pp. 107–113.

Tolstunov, L. (2011). Combination syndrome symptomatology and treatment. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 32(3), pp. 62–66.

ANEXOS

Anexo 1 - Comissão de Ética



**Universidade Fernando Pessoa**

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Sandra Gavinha  
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/MED – 215/21	29 de Novembro de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética avaliou a submissão do projeto de investigação apresentado por Federica Velardita, intitulado "Síndrome de Kelly - a propósito de um caso clínico", a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.


O objetivo deste estudo é fazer a descrição de um caso clínico tratado e seguido nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (2017-2018) pela Orientadora, mostrando e discutindo as características mais comuns desta síndrome, bem como, quais as diferentes abordagens terapêuticas e preventivas para a Síndrome de Kelly.

A Comissão de Ética considera o estudo muito pertinente e nada tem a opor à sua realização, realçando somente que as fotografias devem salvaguardar a impossibilidade de identificação do paciente.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Inês Lopes Cardoso*  
Inês Lopes Cardoso



**Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"**  
NIPC: 502 057 832 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial de Porto  
UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) | FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA | FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA  
Praça 9 de Abril, 249 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 567 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt | Rua Delfim Nave, 334 - 4230-253 Porto - Portugal  
T. +351 22 569 6371 - geral@esf.fernandopessoa.pt  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | Rua Carlos da Maia, 286 - 4206-059 Porto - Portugal - T. +351 22 567 4530

**Anexo 2 - Comunicação com a Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária (pedido e autorização)**

Assunto: Pedido de Autorização à Diretora das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária

Ex.ma Senhora Diretora Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária

Professora Doutora Sandra Gavinha,

Sob orientação da Prof. Doutora Cláudia Maria Rebelo Barbosa, eu, Federica Velardita, aluna n.º 35859 do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, venho, por este meio, solicitar a V/Exa. o acesso aos dados clínicos, registo radiográfico e registos fotográficos do paciente Agostinho Carvalho, com o processo 25838, a fim do desenvolvimento da minha dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária que consistirá na revisão da bibliografia sobre as características clínicas e opções de tratamento e de prevenção da Síndrome de Kelly tendo por base a apresentação do caso clínico do supracitado paciente.

Comprometo-me ao uso exclusivo dos dados (informação de registo clínico, quer escrito quer fotográfico e imagiológico) para fins académicos e científicos assegurando o anonimato e confidencialidade do paciente.

Pede deferimento.

Disponível para esclarecimentos adicionais que entenda necessários.

Respeitosos cumprimentos,



## Síndrome de Kelly- a propósito de um caso clínico

**Direção Técnica CPMD** <direcaotecnica.cpm@ufp.edu.pt>

terça, 30/11/2021, 18:38

para Claudia, mim ▾

Ex.ma Senhora Aluna Federica Velardita

Autoriza-se a realização da recolha de informação sobre o paciente Agostinho Carvalho ID: 25838, nos termos propostos e na base da documentação para o efeito.

A utilização da informação do paciente apenas poderá ser utilizada com os objetivos apresentados e devidamente autorizados.

A responsabilidade da supervisão deste processo é da Prof. Doutora Cláudia Barbosa.

As publicações resultantes desta investigação têm de estar obrigatoriamente afiliadas à UFP:

*FP-I3ID, CPMD FCS, Universidade Fernando Pessoa, Porto - Portugal.*

Com os melhores cumprimentos,

**Sandra Gavinha**

Direção Técnica CPMD

**Anexo 3 - Figuras 7-10**

**Figura 7** Vista lateral em intercuspidação máxima inicial.



**Figura 8** Vista lateral intra-oral mandibular 4º quadrante inicial



**Figura 9** Restaurações bordos incisais do 5º sextante



**Figura 10** Imagem extra-oral em repouso depois a colocação protética

