

# Reabilitação protética de um paciente portador de Síndrome da Combinação – relato de caso

*Prosthetic rehabilitation of a patient with Combination Syndrome – case report*

Hércules Bezerra Dias<sup>1</sup>  
Rebeca Pinto Braga<sup>2</sup>  
Alessandra Nara de Souza Rastelli<sup>3</sup>  
Francisco Pantoja Braga<sup>4</sup>

## Resumo

Estima-se que aproximadamente 26% dos pacientes reabilitados proteticamente são pacientes edentados no arco superior e portadores de extremidades livres posteriores no arco inferior. Esses pacientes podem apresentar perda de osso na porção anterior da maxila, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar do palato duro, extrusão dos dentes anteriores mandibulares e perda de osso alveolar sob a base da PPR mandibular, caracterizando a Síndrome da Combinação. O tratamento mais indicado é a reabilitação com uso de implantes para promover suporte funcional, mas por razões médicas ou financeiras, o tratamento convencional com próteses ainda é considerado uma boa indicação. O tratamento visa ao restabelecimento do equilíbrio oclusal, da estética facial e dentária, da função mastigatória, do conforto e aumento da autoestima do paciente. 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. 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.

**Descritores:** Prótese parcial removível, prótese total, reabilitação bucal.

## Abstract

It is estimated that approximately 26% of patients treated with prosthesis present total edentulous maxilla opposed by natural anterior teeth. These patients might experience loss of bone in the anterior part of the maxilla, increased tuberosity, papillary hyperplasia of the hard palate, extrusion of the mandibular anterior teeth, and loss of alveolar bone under the lower PPR base, featuring Syndrome Combination. The treatment of choice was the rehabilitation using implants to promote functional support, however, for medical or financial reasons, conventional treatment with prosthesis is still considered a good indication. The aim of the treatment is to reestablish the occlusal balance, facial and dental aesthetics, masticatory function, comfort, and increase of self-esteem. This current case report presents a conventional prosthetic rehabilitation using a maxillary complete denture and a Class I Kennedy mandibular removable partial denture, in a 51-year-old male patient with Combination Syndrome. The knowing of the characteristics of this syndrome and its predisposing factors results on an appropriate approach in prosthetic rehabilitation of these patients, leading to prevention of signs and symptoms of this disorder.

**Descriptors:** Removable partial denture, dental prosthesis, mouth rehabilitation.

<sup>1</sup> Doutorando em Ciências Odontológicas – Dentística Restauradora – FOAr/UNESP.

<sup>2</sup> Aluna de Graduação do Curso de Odontologia – UNINORTE.

<sup>3</sup> Dr<sup>o</sup>. em Ciências Odontológicas – Dentística Restauradora – UNESP, Prof<sup>a</sup>. Assistente no Departamento de Odontologia Restauradora – UNESP.

<sup>4</sup> Me. em Prótese Dentária, Prof. Assistente no Departamento de Reabilitação Oral da Escola de Ciências da Saúde – UEA.

E-mail do autor: herc\_dias@yahoo.com.br

Recebido para aprovação: 02/05/2016

Aprovado para publicação: 24/06/2016

## Introdução

A reabilitação oral é um dos tratamentos mais motivadores para o paciente e para o profissional da saúde, uma vez que o completo “bem-estar” biopsicossocial é o verdadeiro conceito de Saúde de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde)<sup>2</sup>. Contudo, o tratamento reabilitador pode se tornar um desafio para a maioria dos clínicos, especialmente em casos como os de pacientes com maxila edêntula em oposição a dentes anteriores inferiores extruídos. De acordo com Kelly<sup>8</sup> (1972), pacientes portadores de prótese total maxilar em oposição à prótese parcial removível de extremo livre mandibular podem apresentar alterações específicas, caracterizando o que denominou-se de Síndrome da Combinação. As alterações dessa síndrome são definidas pelo *Glossary of Prosthodontic Terms*<sup>16</sup> (2005) para pacientes edentados (maxilar) que possuem apenas os dentes naturais anteriores inferiores da seguinte forma: perda de osso na porção anterior da maxila, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar do palato duro, extrusão dos dentes anteriores mandibulares e perda de osso alveolar sob a base da PPR mandibular<sup>10</sup>.

Kelly<sup>8</sup> (1972) foi o primeiro a usar o termo Síndrome da Combinação, após acompanhar um grupo de seis pacientes usuários de prótese total maxilar em oposição a dentes naturais anteriores e prótese parcial removível de extremos livres mandibular<sup>8</sup>. Após três anos de acompanhamento, todos os pacientes apresentaram reabsorção óssea na região anterior da maxila e aumento das tuberosidades, além de excessiva reabsorção óssea sob a base da PPR mandibular<sup>10</sup>. Poucos anos depois, outras características foram adicionadas à síndrome, como a perda da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento anterior da mandíbula, adaptação inadequada da prótese e alterações periodontais<sup>10</sup>. Contudo, geralmente essas mudanças não são associadas à Síndrome da Combinação. A ocorrência de pacientes edentados no arco superior e portadores de extremidades livres posteriores no arco inferior, classificados por Kennedy como Classe I, é considerada alta. Estima-se que estes pacientes representam aproximadamente de 26% dos reabilitados proteticamente<sup>8</sup>.

A prevenção das alterações degenerativas de uma maxila totalmente edêntula em oposição à prótese parcial Classe I de Kennedy pode ser melhor alcançada evitando a extração dos dentes anteriores inferiores e manutenção de dentes posteriores comprometidos como pilares, por meio de tratamentos endodôntico e periodontal<sup>8</sup>. *Overdentures* também podem ser consideradas como opção de tratamento para manutenção das raízes dos dentes inferiores<sup>12</sup>. A preservação da oclusão posterior e prevenção de hiperfunção anterior são considerações primárias no tratamento dessa com-

plexa condição. O emprego de próteses suportadas por implantes osseointegrados é indicado como tratamento de escolha para pacientes com Síndrome da Combinação, e tem sido empregado com sucesso em casos de reabilitações protéticas, uma vez que seu uso permite melhor distribuição da força oclusal e diminuição do estresse traumático ao osso alveolar e restabelecimento da estética<sup>1,2,15,17,18</sup>.

Apesar do tratamento utilizando implantes osseointegrados ser preferível pela capacidade de restabelecimento do suporte funcional, há casos em que por fatores médicos ou socioeconômicos, o paciente escolhe o tratamento reabilitador protético convencional. Dessa forma, esse caso clínico apresenta um tratamento reabilitador com próteses convencionais em um paciente portador de Síndrome da Combinação.

## Relato de caso

Paciente do gênero masculino, 51 anos, foi encaminhado para tratamento reabilitador protético queixando de instabilidade em sua prótese total superior e da necessidade de uma prótese parcial removível no arco inferior. O paciente relatou utilizar a mesma prótese total superior há 25 anos, aproximadamente, queixando-se de dificuldade na mastigação, fala e insatisfação com a estética de sua prótese atual. Ele relatou ser hipertenso e portador de pontes de safena e mamária, utilizando diariamente medicamentos para controle da hipertensão. Nenhuma outra alteração sistêmica foi relatada.

Ao exame clínico, observou-se arco maxilar totalmente edêntulo e arco mandibular com presença apenas dos dentes anteriores (33, 32, 31, 41, 42 e 43). O paciente apresentou rebordo alveolar maxilar em formato arredondado, com maior área de reabsorção óssea na região anterior da maxila, porém, com quantidade de rebordo ósseo suficientemente favorável à estabilidade adequada de uma prótese total. Observou-se também que as tuberosidades maxilares estavam aumentadas e que o palato duro não apresentava nenhuma alteração (Figura 1). O rebordo alveolar posterior apresentava considerável reabsorção óssea bilateralmente (Figura 2). Foram observadas extrusão, alterações periodontais e cáries secundárias nos dentes naturais inferiores (Figura 3). O exame radiográfico oclusal dos arcos superior e inferior revelou normalidade das estruturas ósseas sem nenhuma alteração digna de nota. A radiografia panorâmica evidenciou a ausência de dentes superiores, presença dos dentes anteriores inferiores e perda óssea acentuada bilateral na mandíbula (Figura 4).



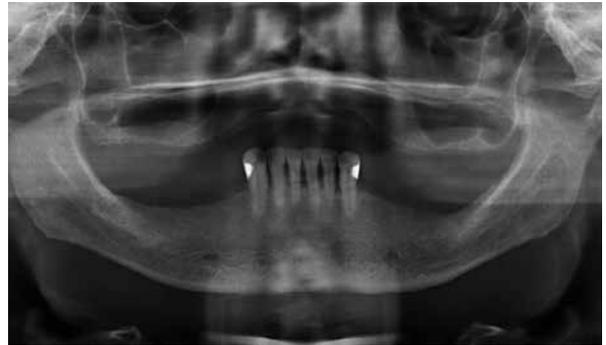
**Figura 1** – Arco edentado superior.



**Figura 2** – Rebordo alveolar mandibular.



**Figura 3** – Dentes anteriores inferiores.



**Figura 4** – Radiografia panorâmica.

O paciente rejeitou o tratamento com uso de implantes osseointegrados por motivos financeiros e optou pelo tratamento reabilitador protético convencional, por meio da confecção de uma nova prótese total associada a uma PPR Classe I inferior. Antes do tratamento reabilitador, foi realizado o condicionamento da cavidade oral por meio de instrução de higiene oral, controle de cárie e terapia periodontal não cirúrgica.

Moldagens preliminares superior e inferior foram realizadas utilizando moldeiras perfuradas e material hidrocoloide irreversível do sistema *Avage!* (Dentsply) e vazado com gesso pedra (Asfer Indústria Química Ltda). Com o modelo superior, preparou-se uma moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável incolor e em posterior moldagem funcional utilizando silicone de condensação denso do sistema *Clonage* (Nova DFL). O molde foi vazado em gesso especial Tipo IV (Asfer Indústria Química Ltda) e com o modelo obtido preparou-se uma base de prova com resina acrílica autopolimerizável incolor, sobre a qual foi preparado um plano de orientação com cera 7 rosa (Figura 5). Recuperou-se suporte labial, corredor bucal e foram determinadas as linhas de referências para montagem dos dentes. O plano de orientação foi ajustado com uma placa de Spee e régua de *Fox* (JON Produtos Odontológicos).

Com o modelo inferior fez-se o delineamento e planejamento para confecção da armação metálica da

PPR. Definiu-se a confecção de um grampo contínuo de Kennedy e um grampo API em cada canino. Dessa forma, realizou-se o preparo de boca confeccionando-se nichos na lingual dos dentes naturais inferiores e apoios distais nos elementos 33 e 43. Realizou-se, então, uma nova moldagem utilizando a técnica do reembasamento com silicone denso e leve do sistema *Clonage* (Nova DFL). O molde foi vazado em gesso Tipo IV e o modelo encaminhado ao protético para confecção da armação metálica. A armação confeccionada (Figura 6A-B) foi testada na boca do paciente e depois, sobre o modelo, confeccionou-se bases de prova nas extremidades livres, sobre as quais foram preparados planos de orientação com cera 7 rosa (Wilson) (Figura 7).

Com o auxílio de um compasso de *Willis* (JON Produtos Odontológicos) mediu-se o espaço funcional livre do paciente (Figura 8) recuperando-se a dimensão vertical de oclusão com ajustes nos planos de orientação superior e inferior. Realizou-se a tomada do arco facial (Figura 9) para montagem do modelo superior em articulador semiajustado (Bio-art). Com os planos de orientação na boca, prendeu-se um ao outro com grampos (Figura 10) e o conjunto foi retirado e levado ao modelo superior no articulador, permitindo a montagem do modelo inferior.

O formato dos dentes foi escolhido com base no rosto do paciente e das medidas das linhas de referên-

cias obtidas. A cor (2A) foi escolhida em conformidade com a cor dos dentes naturais inferiores. Foram utilizados dentes da marca *Trilux* (VIPI Produtos Odontológicos) que proporcionaram um arranjo harmônico e estética agradável ao paciente e aos reabilitadores.

Após a prova dos dentes montados em cera e dos ajustes necessários, foi realizada a moldagem funcional

em PPR dos extremos livres do arco mandibular utilizando pasta zinco-enólica (Lysanda). O molde obtido foi encaminhado ao protético. Após acrilização da PT (Figura 11A-E) e da PPR (Figura 12A-C), as próteses foram provadas (Figura 13) e mais três sessões de acompanhamento foram necessárias para realização de ajustes na oclusão e nas bases de resina das próteses.



**Figura 5** – Plano de orientação em cera para prótese total.



**Figura 6 (A-B)** – Armação metálica da PPR: **A)** vista lingual e **B)** vista lateral.



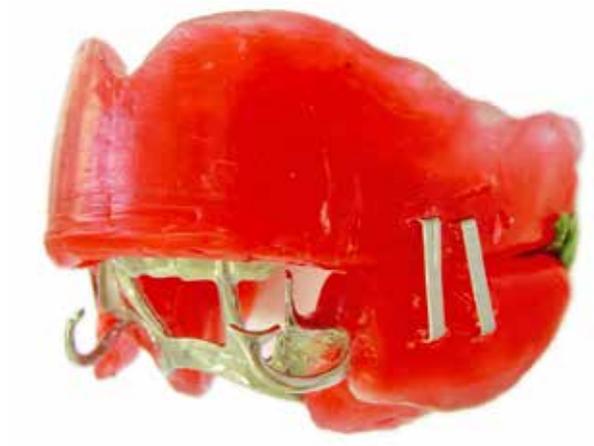
**Figura 7** – Plano de orientação em cera nas extremidades livres da PPR e placa de Spee para ajuste do plano.



**Figura 8** – Utilização do compasso de Willis para medir o espaço funcional livre do paciente.



**Figura 9** – Tomada do arco facial para posterior montagem dos modelos em articulador semiajustável.



**Figura 10** – Planos de orientação superior e inferior presos com grampos para correta montagem do modelo inferior em articulador semiajustável.



**Figura 11 (A-E)** – Prótese total: **A)** vista lateral direita, **B)** vista frontal, **C)** vista lateral esquerda, **D)** vista oclusal e **E)** vista interna.



**Figura 12 (A-B)** – Prótese parcial removível: **A)** vista oclusal e **B)** vista interna.



**Figura 12C** – Prótese parcial removível: vista frontal.



**Figura 13** – Prova das próteses.

Com a reabilitação alcançou-se estabilidade oclusal (Figura 14A-C), boa retenção e restabelecimento da estética (Figura 15A-C) e função de forma confortável

para o paciente, que demonstrou melhora da autoestima e satisfação com o resultado estético e funcional.



**A**



**B**



**C**

**Figura 14 (A-C)** – **A**) Movimentos de protusão, **B**) lateralidade direita e **C**) lateralidade esquerda.



**A**



**B**



**C**

**Figura 15 (A-C)** – Suporte labial: **A**) antes da instalação das próteses, **B**) após a instalação das próteses e **C**) estética do sorriso.

## Discussão

Apesar de a literatura apontar dados clínicos específicos que constituem a Síndrome da Combinação, não está claro se o paciente deve apresentar os cinco sinais simultaneamente para ser considerado portador deste distúrbio<sup>13</sup>. Ao avaliar a prevalência da Síndrome da Combinação em 33 pacientes tratados com PPR Classe I, Cunha et al.<sup>4</sup> (2007) demonstraram que nenhum deles apresentou todos os sinais, em contrapartida, todos os pacientes apresentaram os sinais de forma isolada ou parcialmente agrupados. Foi demonstrado ainda que a maioria dos pacientes apresentou um grau de distúrbio temporomandibular (DTM), sendo a maioria de grau leve. Os pacientes tratados apresentavam 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<sup>4</sup>.

A reabsorção óssea na região anterior da maxila de edentados como parte da Síndrome da Combinação, bem como seu tratamento, têm sido relatados em casos clínicos e estudos em uma série de pacientes<sup>2,5,6,11,13,15,17</sup>. Alguns estudos utilizam radiografias cefalométricas para mensurar o grau de reabsorção óssea. A reabsorção óssea sob a prótese pode afetar não apenas o osso alveolar, mas também o osso basal. Há evidências claras que as próteses parciais removíveis têm papel importante no processo de reabsorção óssea, o que é sustentado por estudos que mostram significantes diferenças no osso alveolar residual entre indivíduos edentados usuários e não usuários de prótese removível<sup>10,11</sup>. Essa perda de suporte posterior na mandíbula resulta em uma diminuição gradual da carga oclusal nesta região e um aumento da carga na região anterior, provocando uma pressão excessiva na maxila anterior, acelerando o processo de reabsorção óssea e o aparecimento de um tecido frouxo hiperplásico<sup>11</sup>.

Estudos com pacientes usuários de prótese total maxilar e com diferentes soluções protéticas para a mandíbula parcialmente edentada (usuário de PPR Classe I e não usuário) demonstraram grau de reabsorção óssea semelhante para ambos os casos, mas quando há entre os dentes naturais mandibulares os molares bilateralmente, o grau de reabsorção na região anterior maxilar é bem menor quando comparado aos casos de usuários de PPR Classe I<sup>10</sup>. Por outro lado, em pacientes usuários de prótese mandibular implantossuportada, os estudos mostraram que não são observadas características da Síndrome da Combinação e a reabsorção óssea nessa região é cessada<sup>14</sup>. Além disso, perda do contato oclusal posterior é uma característica comum notada nesses casos<sup>10</sup>.

Quanto ao aumento na região das tuberosidades observadas em pacientes portadores da Síndrome da

Combinação, este pode ser explicado através das mudanças causadas pela reabsorção óssea, entre elas uma diminuição da dimensão vertical de oclusão e uma alteração do plano oclusal, que desloca a prótese total para frente e para cima, além de um crescimento de tecido fibroso ou ósseo nesta região<sup>2,11</sup>.

Sabe-se que os dentes anteriores inferiores extruem na busca por contatos oclusais que proporcionem suporte durante a mastigação, com extrusões variando entre 1,0 a 1,5 mm<sup>8</sup>. Para alguns autores, a extrusão dos dentes anteriores mandibulares ocorre devido ao reposicionamento da prótese total superior que leva a uma alteração do plano oclusal resultando em contatos oclusais protrusivos<sup>13</sup>. Para outros, o desgaste da base da prótese e o reposicionamento anterossuperior da prótese total devido à perda óssea explicaram a extrusão dos dentes anteriores inferiores<sup>9</sup>.

O principal objetivo do tratamento para esta síndrome, segundo Saunders et al.<sup>13</sup> (1979), seria conseguir um esquema oclusal que diminua a pressão na região anterior da maxila, tanto em cêntrica como em excêntrica. Entretanto, Kelly<sup>8</sup> (1972) afirmou que a única forma de prevenir a Síndrome da Combinação seria evitar a associação de prótese total superior e prótese parcial removível inferior Classe I de Kennedy. Hansen;Jaarda<sup>7</sup> (1990) relataram que a preservação dos dentes posteriores inferiores e, conseqüentemente, a manutenção de uma maior estabilidade oclusal, é a melhor forma para prevenir a Síndrome de Kelly. Nogueira et al.<sup>9</sup> (2002) indicaram como formas de prevenção desta síndrome, reembasamentos periódicos, higienização, alívio vestibular, superfícies oclusais metálicas nos dentes artificiais posteriores, determinação correta da dimensão vertical de oclusão, suporte oclusal superior e dentes anteriores com funções somente fonéticas e estéticas. A confecção de novas próteses, um esquema oclusal ideal e a remoção cirúrgica de tecido hiperplásico no palato e no túber foram as formas de tratamento sugeridas por Nogueira et al.<sup>9</sup> (2002).

O uso de prótese convencional para reabilitação da dentição mandibular produz menor satisfação ao paciente quando comparada com próteses fixas, e esta é também uma das razões pelo qual o tratamento reabilitador com implantes tem sido o tratamento de escolha nos casos de Síndrome da Combinação<sup>12</sup>. Quanto ao uso de prótese removível de extremidade livre, destaca-se que o suporte ósseo sofre remodelações quando submetido a cargas mastigatórias, sendo necessários reembasamentos periódicos para evitar sobrecarga nos dentes suportes e possíveis alterações patológicas nas articulações temporomandibulares<sup>3</sup>. Além disso, a perda óssea é contínua e acentuada pelo uso de próteses inadequadas<sup>9</sup>.

Com o advento dos implantes osseointegrados, tornou-se possível a prevenção e/ou o tratamento da

Síndrome da Combinação, já que o posicionamento de um implante na região retromolar elimina a extremidade livre, impedindo os movimentos vertical e lateral responsáveis pela reabsorção óssea acelerada abaixo da base de resina da prótese parcial removível<sup>4</sup>. O sucesso no tratamento de pacientes com Síndrome da Combinação por meio de próteses e implantes osseointegrados tem sido relatado com ênfase na reabilitação funcional e estética do paciente<sup>1,2,5,15</sup>. Entretanto, fatores socioeconômicos e psicológicos são limitantes para alguns pacientes, quando se trata de tratamento cirúrgico com uso de implantes osseointegrados. Dessa forma, cabe ao clínico utilizar de forma adequada as outras opções reabilitadoras para se alcançar o sucesso do tratamento.

No presente relato de caso, o paciente optou e foi tratado com próteses convencionais, por meio da confecção de uma PPR Classe I de Kennedy e substituição da prótese total superior que vinha sendo utilizada há 25 anos. A desadaptação da prótese total superior, em virtude do processo de reabsorção óssea fisiológica e contínua, associada à ausência de PPR inferior, contribuiu significativamente para o aparecimento dos sinais clínicos da síndrome e levando ao desequilíbrio do sistema estomatognático.

Salienta-se que a combinação de prótese total superior e prótese parcial removível inferior Classe I de Kennedy não é o que determina a síndrome, considerando que as alterações bucais apresentadas por Kelly, não são vistas em todos os pacientes usuários dessas próteses<sup>13</sup>. 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 das próteses<sup>4</sup>. Portanto, diagnosticar a síndrome e estabelecer o tratamento adequado às necessidades do paciente poderá interromper o processo destrutivo, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde.

## Conclusão

O tratamento reabilitador com próteses convencionais em pacientes com Síndrome da Combinação, ao invés da terapia reabilitadora com implantes osseointegrados, é uma opção em casos de impedimentos socioeconômicos e/ou psicológicos. A aplicação de condutas adequadas no tratamento reabilitador destes pacientes propicia a prevenção do agravamento ou até mesmo da ocorrência dos sinais e sintomas deste distúrbio, mantendo a harmonia e equilíbrio do sistema estomatognático.

## Referências

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Brånemark PI, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1990; 5:347-59.

2. Cabianca M. Combination syndrome: treatment with dental implants. *Implant Dentistry.* 2003; 12(4):300-305.
3. Cosme DC, Baldisserotto SM, Fernandes EL, Rivaldo EG, Rosing CK, Shinkai RSA. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *J Appl Oral Sci.* 2006; 14(2):111-6.
4. Cunha LDAP, Rocha EP, Pellizzer EP. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. *RGO.* 2007; 5(4):325-328.
5. Feng SW, Liao PB, Chen MS. Prosthodontic treatment of a patient with combination syndrome: a clinical case report. *Journal of Prosthodontic and Implantology.* 2012; 1(1):22-25.
6. Goyatá FR, Tostes VL, Rodrigues CRT, Cunha LG. Síndrome da Combinação. Relato de caso clínico. *Int J Dent.* 2010; 9(3):160-164.
7. Hansen CA, Jaarda MJ. Treatment alternatives for a modified combination syndrome. *Gen Dent.* 1990; 18(6):132-137.
8. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. 1972. *J Prosthet Dent.* 2003; 90(3):213-9.
9. Nogueira RP, Miraglia SS, Soares FAV. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. *Rev Bras Protese Clin Lab.* 2002; 19(4):218-222.
10. Palmqvist S, Carlsson GE, O'wall B. The combination syndrome: a literature review. *J Prosthet Dent.* 2003; 90:270-5.
11. Resende CMBM, Ribeiro JAM, Dias KC, Carreiro AFP, Rego MPP, Queiroz JWN, Barbosa GAS, et al. Signs of combination syndrome and removable partial denture wearing. *Rev Odontol UNESP.* 2014; 43(6):390-395.
12. Savitha KC, Shanthraj SL. Combination syndrome: an update. *International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews.* 2015; 2015:1-3.
13. 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):124-128.
14. Sennerby L, Carlsson GE, Bergman B, Warfvinge J. Mandibular bone resorption in patients treated with tissue-integrated prostheses and in complete-denture wearers. *Acta Odontol Scand.* 1988; 46:135-40.
15. Tayel SB, Al-Dharrab A, Shinawi LA. Autologous platelet rich plasma around dental implant for rehabilitation of combination syndrome: clinical report. *Life Science Journal.* 2015; 12(8):1-6.
16. The glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent.* 2005; 94(1):10-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2005.03.013>.
17. Tolstunov L. Management of biomechanical complication of implant-supported restoration of a patient with combination syndrome: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67:178-88.
18. Zarb G, Attard N. Implant management of posterior partial edentulism. *Int J Prosthodont.* 2007; 20:371-373.

### Como citar este artigo:

Dias HB, Braga RP, Rastelli ANS, Braga FP. Reabilitação protética de um paciente portador de Síndrome da Combinação – relato de caso. *Full Dent. Sci.* 2016; 7(28):56-63.