

## TRATAMENTO CIRÚRGICO/PROTÉTICO DA SÍNDROME DE KELLY – RELATO DE CASO COM TRÊS ANOS DE ACOMPANHAMENTO

Surgical–prosthetic treatment of Kelly Syndrome – case report with three years  
of follow-up

Access this article online	
<b>Quick Response Code:</b>	
	<b>Website:</b> <a href="https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/62054">https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/62054</a>
	<b>DOI:</b> 10.22409/ijosd.v3i68.62054

**Autores:****Kleber Vinícius Rodrigues dos Santos**

Doutorando em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP

**Frederico Noan Cintra Fernandes**

Implantodontista – Instituto Rosivaldo Modeira

**Rosivaldo Moreira Junior**

Doutor em cirurgia bucomaxilofacial Universidade Sagrado Coração

**Endereço para correspondência:** Avenida do Café, s/n, Campus da USP, Ribeirão Preto, São Paulo, 140040-904.  
(62) 985640032

**E-mail para correspondência:** [klebervinicius@live.com](mailto:klebervinicius@live.com)

### RESUMO

**Introdução:** A reabilitação protética da maxila e mandíbula torna-se desafiadora e altamente complexa em casos que os pacientes apresentam a “síndrome da combinação”, também conhecida como síndrome de Kelly. Essa síndrome foi descrita de acordo com a combinação das cinco características geralmente presentes: reabsorção do rebordo ósseo maxilar na região anterior; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico da região de tuberosidade da maxila; extrusão dos dentes anteriores inferiores e reabsorção do osso mandibular posterior. Este relato teve o objetivo de descrever o caso clínico de um paciente atendido em clínica odontológica privada e que apresenta a combinação das



características descritas por Kelly (1972) e enquadrado como síndrome. E também teve como intuito permear as etapas do tratamento: avaliação, diagnóstico, plano de tratamento/ planejamento, procedimentos cirúrgicos e protéticos, prognóstico, acompanhamento do paciente. **Relato de caso:** Paciente V.J.R., gênero masculino, 62 anos de idade compareceu ao Instituto Rosivaldo, em julho de 2019, com queixa principal: “Quero voltar a sorrir e mastigar melhor”. Ao realizar anamnese o paciente relatou que sofre de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, dificuldade respiratória e sem alterações no sistema hematológico. A cirurgia de instalação dos implantes dentários em maxilla e mandíbula foi realizada sob sedação com a presença de médico anestesiologista e sem intercorrências. A última etapa foi a instalação das próteses protocolo em maxila e mandíbula e o paciente demonstrou estar satisfeito com a realização do seu sonho de voltar a sorrir e ter maior conforto mastigatório e qualidade de vida. São realizados retornos periódicos ao consultório odontológico de 6 em 6 meses para acompanhamento, remoção e limpeza das próteses protocolos superior e inferior. **Conclusões:** Os procedimentos realizados permitiram reestabelecer a oclusão equilibram o sistema estomatognático, proporcionar uma melhor estética do sorriso ao indivíduo e consequentemente melhorar a autoestima e qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chaves:** Cirurgia; Implante dentário; Prótese protocolo; Síndrome de Kelly.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prosthetic rehabilitation of the maxilla and mandible becomes challenging and highly complex in cases where patients present with “combination syndrome”, also known as Kelly syndrome. This syndrome was described according to the combination of the five commonly present characteristics: resorption of the maxillary bone ridge in the anterior region; palatine papillary hyperplasia; volumetric increase in the maxillary tuberosity region; extrusion of the lower anterior teeth and resorption of the posterior mandibular bone. This report aimed to describe the clinical case of a patient seen at a private dental clinic and who presents a combination of the characteristics described by Kelly (1972) and classified as a syndrome. It also aimed to permeate the stages of treatment: assessment, diagnosis, treatment plan/planning, surgical and prosthetic procedures, prognosis, patient follow-up. **Case report:** Patient V.J.R., male, 62 years old, attended the Rosivaldo Institute, in July 2019, with the main complaint: “I want to smile again and chew better”. When performing anamnesis, the patient reported that he suffered from arterial hypertension, heart



failure, type II diabetes mellitus, dyslipidemia, respiratory difficulty and no changes in the hematological system. The surgery to install dental implants in the maxilla and mandible was performed under sedation with the presence of an anesthesiologist and without complications. The last step was the installation of the protocol prostheses in the maxilla and mandible and the patient was satisfied with the realization of his dream of smiling again and having greater chewing comfort and quality of life. Periodic visits are made to the dental office every 6 months for monitoring, removal and cleaning of the upper and lower protocol prostheses. **Conclusions:** The procedures performed allowed to reestablish the occlusion, balance the stomatognathic system, provide a better smile esthetics to the individual and consequently improve the patient's self-esteem and quality of life.

**Keywords:** Dental implant; Kelly syndrome; Prosthesis protocol; Surgery.

## INTRODUÇÃO

A reabilitação protética da maxila e mandíbula torna-se desafiadora e altamente complexa em casos que os pacientes apresentam a “síndrome da combinação”, também conhecida como síndrome de Kelly. Essa síndrome foi descrita de acordo com a combinação das cinco características geralmente presentes: reabsorção do rebordo ósseo maxilar na região anterior; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico da região de tuberosidade da maxila; extrusão dos dentes anteriores inferiores e reabsorção do osso mandibular posterior (KELLY, 1972).

A literatura demonstra que as forças exercidas sobre o rebordo alveolar de forma moderada e intermitente podem contribuir para preservar o osso, enquanto forças extremas e de cisalhamento contribuem com a perda óssea (CARISSON, 1967).

Um outro termo utilizado para se referir a essa condição é: síndrome da hiperfunção anterior e apresenta também sinais de perda de dimensão vertical de oclusão e discrepância do plano oclusal. Essa condição é comum de se desenvolver em casos em que o indivíduo faz uso de prótese total superior e prótese parcial removível inferior (JAMESON, 2003). Por conta disso a associação entre esses dois tipos de prótese deve ser evitada a fim de impedir que essa síndrome evolua (KELLY, 1972).

Algumas das formas de prevenção e tratamento é impedir a perda de oclusão posterior que pode ser através da instalação de implantes dentários e correção da hiperfunção anterior (LECHNER, 1996).

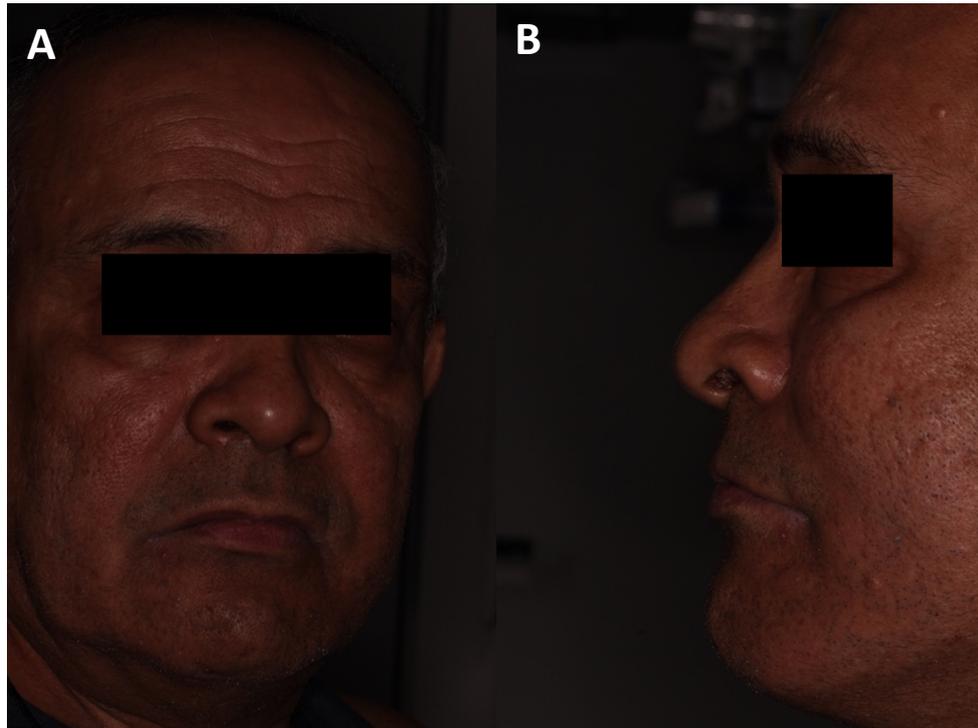
O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o parecer número 7.048.810. E teve o objetivo de descrever o caso clínico de um paciente atendido em clínica odontológica privada e que apresenta a combinação das características descritas por Kelly (1972) e enquadrado como síndrome. E também teve como intuito permear as etapas do tratamento: avaliação, diagnóstico, plano de tratamento/ planejamento, procedimentos cirúrgicos e protéticos, prognóstico, acompanhamento do paciente.

## RELATO DE CASO

Paciente V.J.R., gênero masculino, 62 anos de idade compareceu ao Instituto Rosivaldo, em junho de 2024, com queixa principal: “Quero voltar a sorrir e mastigar melhor”. Ao realizar anamnese o paciente relatou que sofre de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, dificuldade respiratória e sem alterações no sistema hematológico. O paciente relatou também que faz uso contínuo dos seguintes medicamentos: Aradois, Sinvastatina, Glifage Xe, Anlodipino, Loratadina, Ezetimiba, Forxiga, Clortalidona, Montelucaste.

Ao realizar exame físico não foi constatado nada digno de nota nos músculos da mastigação, linfonodos e articulação têmporo-mandibular. No exame intra-oral não foram observadas alterações em mucosa ou língua e havia presença de raízes residuais: 11, 12, 15, 41, 42, 43 e dos dentes: 13, 26, 27, 31, 32, 33, 37 e 47 (Figuras 1 – 4).

**Figura 1** - Fotografias iniciais. A: vista frontal; B: vista em perfil.



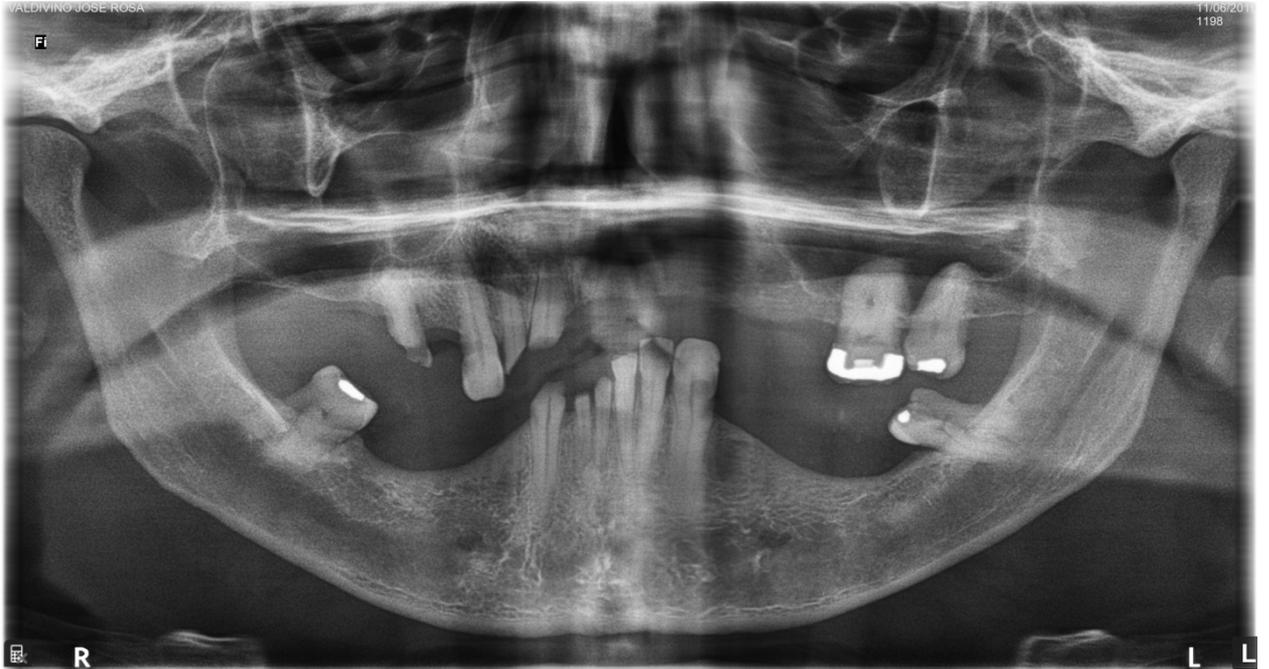
Fonte: Próprio autor.

**Figura 2** - Fotografias extrabucais e intrabucais. A: sorriso em repouso; B: paciente em oclusão; C: vista oclusal da maxila; D: vista oclusal da mandíbula.

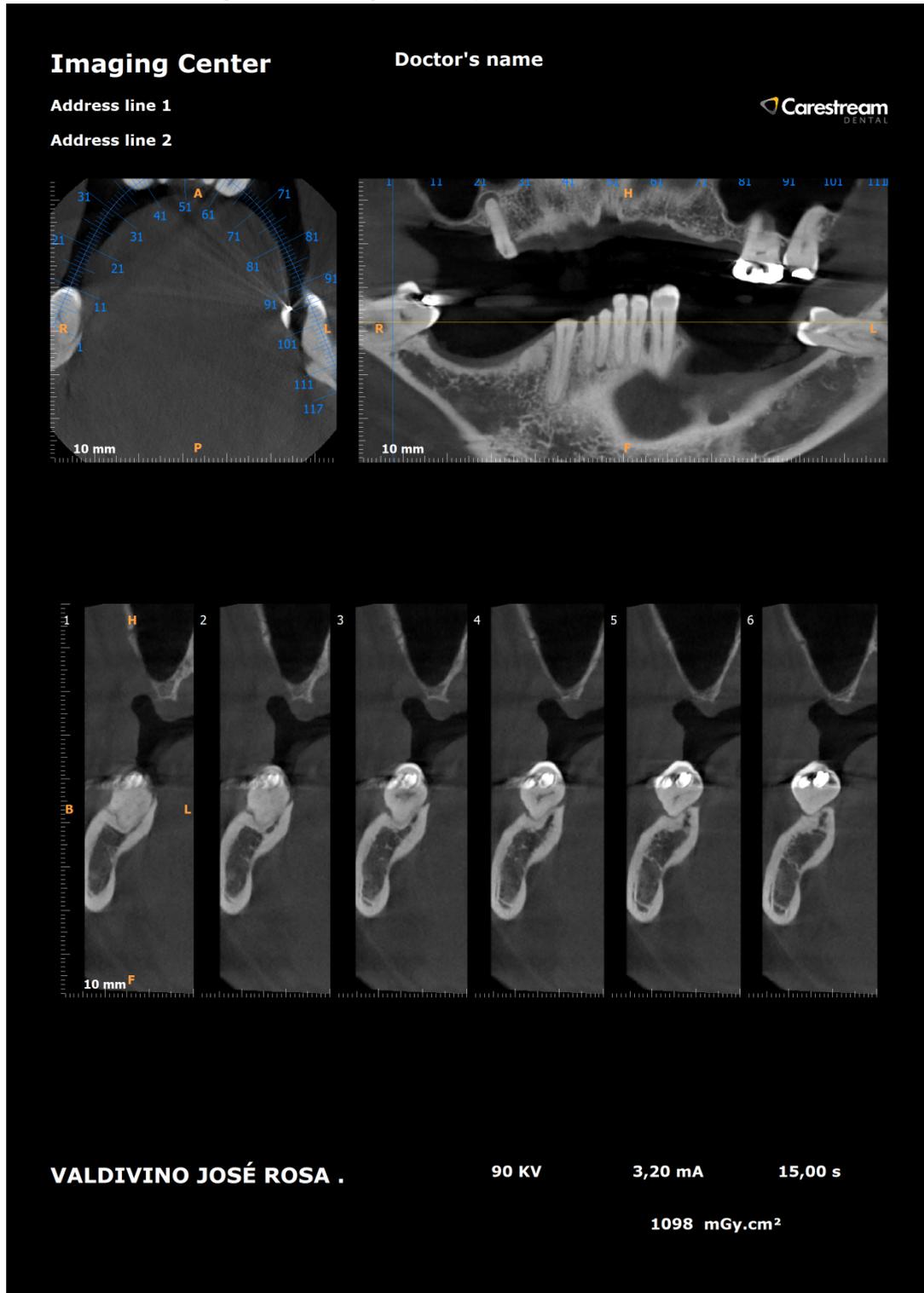


Fonte: Próprio autor.

**Figura 3 - Radiografia panorâmica pré-cirurgia.**



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 4 - Tomografia computadorizada feixe cônico.**

Fonte: Próprio autor.

Foram solicitados ao paciente os exames: hemograma completo, glicemia em jejum, glicemia pós-prandial, potássio, Trypanossoma cruzi (Machado

Guerreiro), coagulograma, perfil lipídico, hemoglobina glicada e solicitado autorização médica para a realização da cirurgia.

Após a avaliação dos resultados dos exames e autorização médica foi realizado o planejamento cirúrgico do caso e moldagem superior e inferior com alginato. E em seguida enviada ao laboratório para confecção de guias cirúrgicos e prótese total superior e inferior (Figuras 5 e 6).

**Figura 5** - Modelo em gesso e planos de cera superior e inferior para confecção da prótese provisória.



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 6** - Prova dos dentes em cera. A: vista em menor aumento.



**Fonte:** Próprio autor.

A cirurgia de instalação dos implantes dentários em maxila e mandíbula foi realizada sob sedação com a presença de médico anestesiologista e sem intercorrências.

## **CIRURGIA EM MAXILA**

Após a sedação foi realizada anestesia local em maxila com articaína 4%, 1:100.000, utilizando 6 tubetes abrangendo as regiões de nervo alveolar superior posterior, regiões de nervo alveolar superior médio, regiões de nervo alveolar superior anterior, nervo nasopalatino e nervo palatino maior.

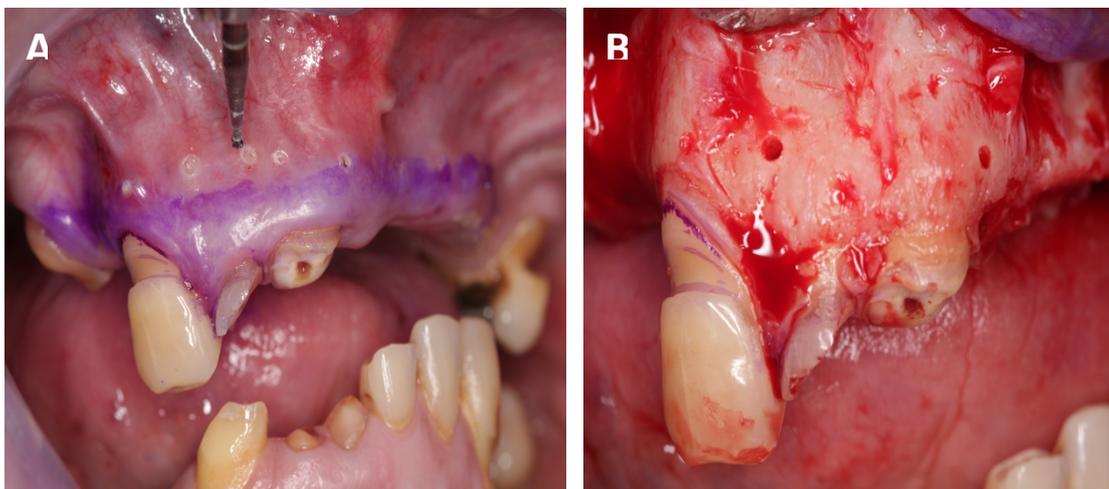
Em seguida foi realizada marcação no tecido gengival utilizando pincel e violeta genciana para delimitar a extensão óssea que deveria ser removida (Figura 7). O procedimento cirúrgico passou pelas etapas de incisão supra-crestal e interpapilar com lâmina de bisturi número 15. Foi utilizada broca carbide esférica para marcar a gengiva e osso da maxila com o propósito de realizar extração em bloco (Figura 8). E em seguida foi utilizada broca cirúrgica 702 para realizar a remoção do bloco ósseo associado aos dentes presentes (Figura 9).

**Figura 7** - Marcação na região gengival de toda a porção a ser removida e regularizada durante a cirurgia, utilizando pincel e violeta genciana.



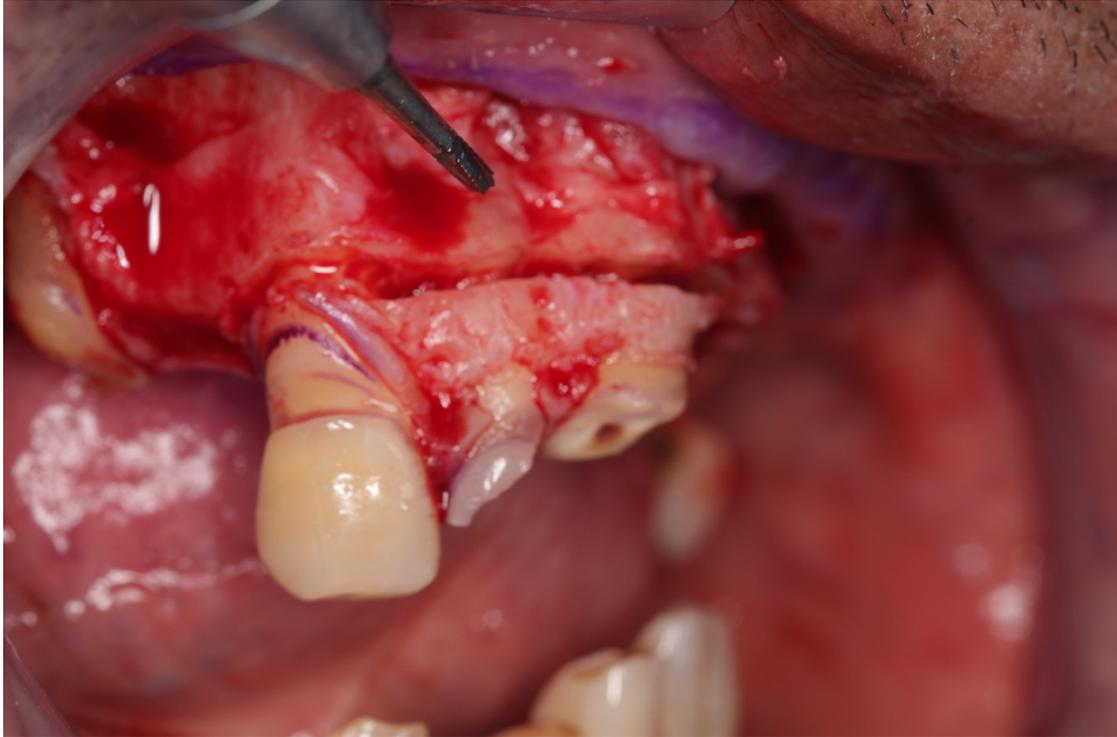
Fonte: Próprio autor.

**Figura 8** - Perfuração com broca carbide esférica para delimitar o nível ósseo a ser removido. A: marcação sobre o tecido gengival. B: visualização do nível ósseo a ser regularizado.



Fonte: Próprio autor.

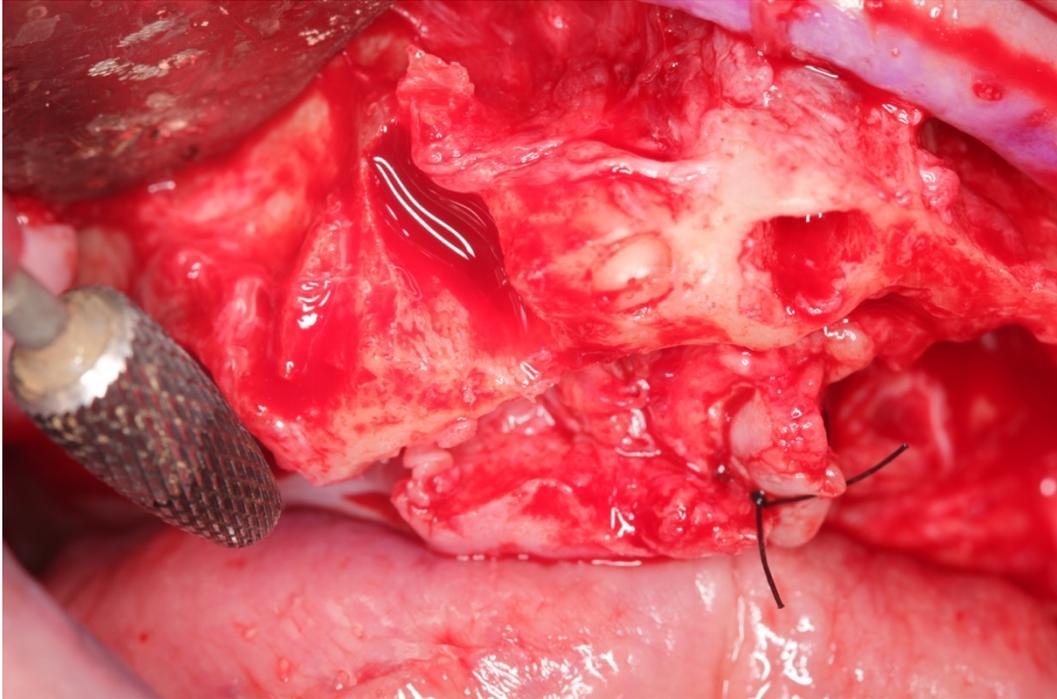
**Figura 9** - Remoção óssea (extração em bloco) com broca cirúrgica 702 em maxila.



**Fonte:** Próprio autor.

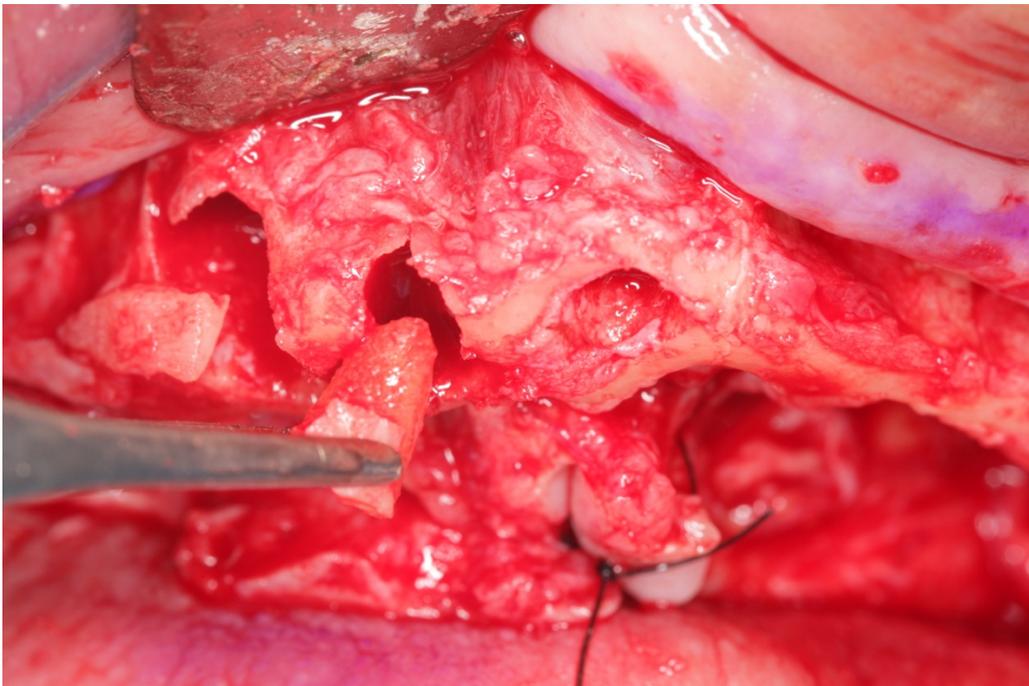
Para realizar a regularização óssea foi utilizada broca de tungstênio maxicut sob irrigação constante com soro fisiológico 0,9% (Figura 10). As raízes residuais (Figura 11) foram devidamente removidas e em seguida foi posicionado o guia cirúrgico confeccionado em resina acrílica e realizada a fresagem da maxila. Esta foi realizada de acordo com a sequência de brocas indicada pela empresa DSP Biomedicals®. Foi realizada sutura simples no tecido gengival do palato para facilitar e otimizar o procedimento cirúrgico (Figura 12).

**Figura 10** - Regularização óssea com broca de tungstênio maxicut.



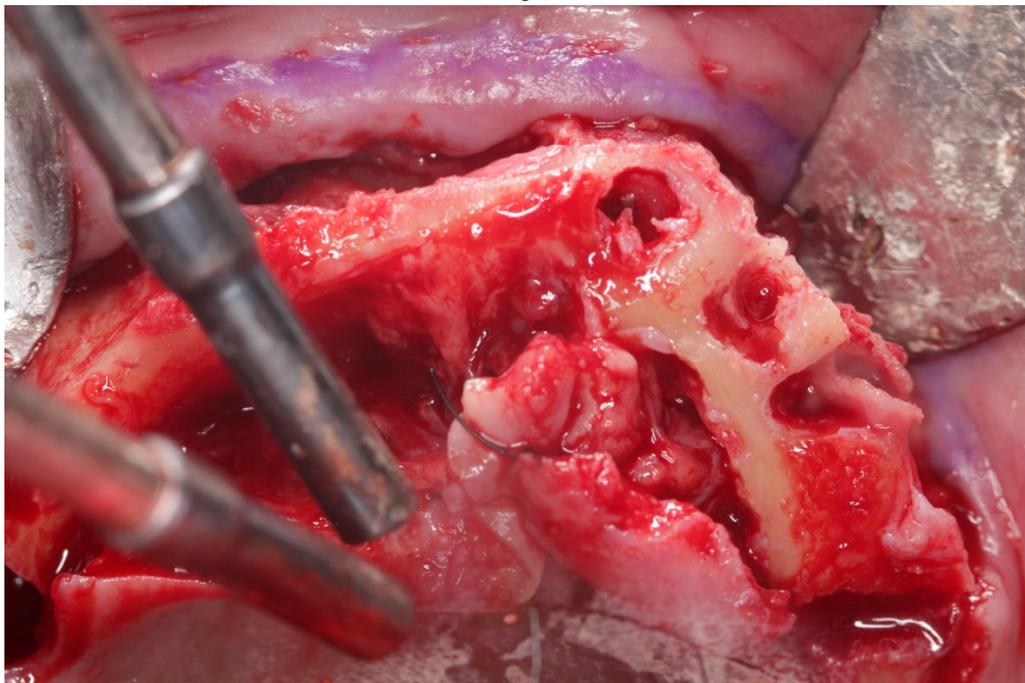
**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 11** - Remoção das raízes residuais em maxila.



**Fonte:** Próprio autor.

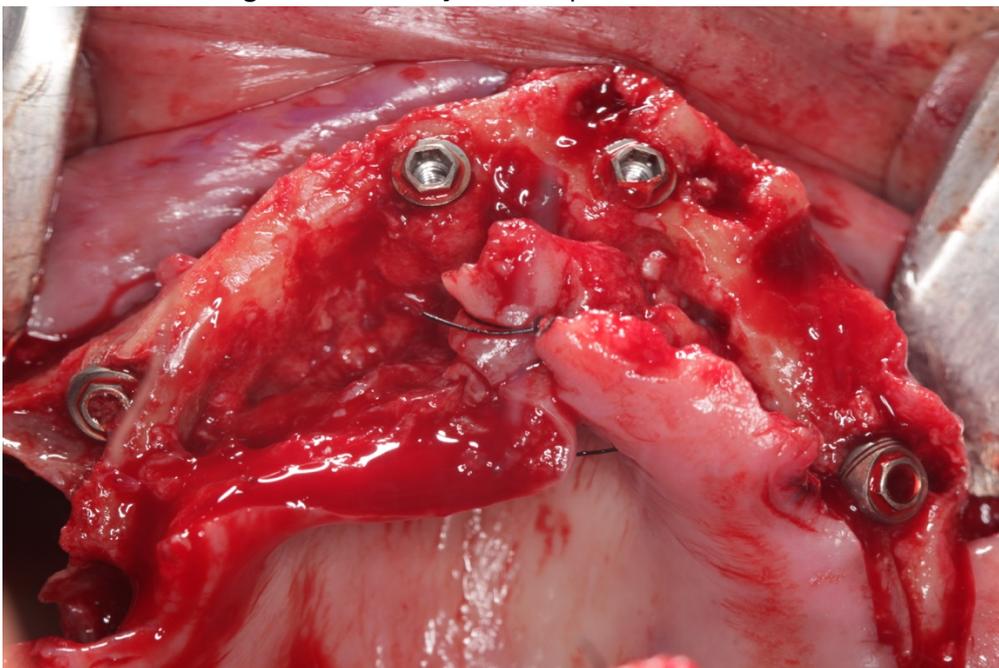
**Figura 12** - Sutura no tecido gengival do palato para facilitar e otimizar o procedimento cirúrgico.



**Fonte:** Próprio autor.

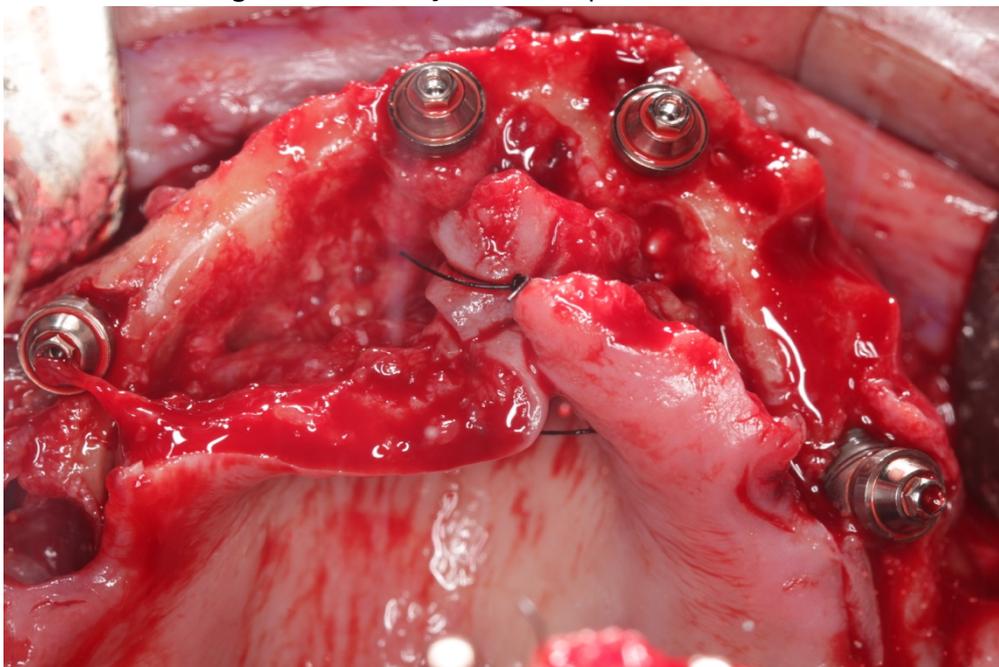
Durante a etapa de planejamento cirúrgico foi definido para o paciente implantes dentários DSP hexágono externo com dimensões 3,8 x 15mm para as regiões 11, 21, 14 e 24. Todos os implantes apresentaram travamento primário superior a 50N/cm. E em seguida foram instalados mini-pilares retos nos implantes das regiões 11 e 21 (Figura 13) e mini-pilares angulados nas regiões 14 e 24 (Figura 14).

**Figura 13 - Instalação dos implantes em maxila.**



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 14 - Instalação dos mini-pilares em maxila.**

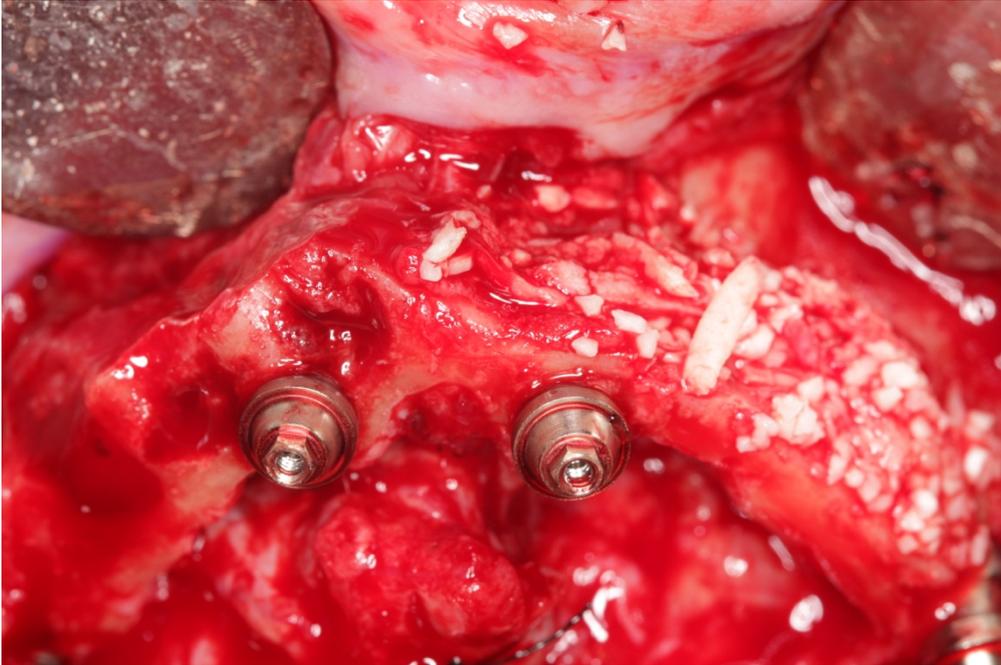


**Fonte:** Próprio autor.

Todo o osso coletado durante o procedimento cirúrgico e que ficou preso nas brocas de fresagem foi armazenado e misturado com biomaterial Bioinnovation® Bonefill de granulação média (0,6 – 1,5mm) em pote dappen de vidro. Após a instalação dos implantes esse enxerto ósseo foi posicionado na região vestibular

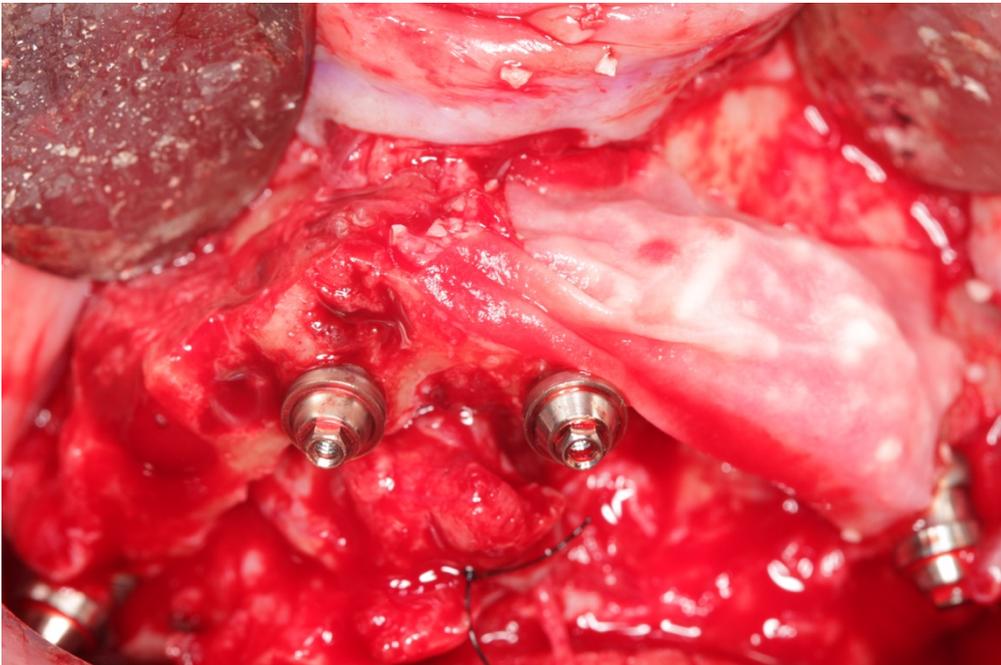
da maxila e recoberto com membrana de colágeno Bioinnovation®.(Fguras 15 e 16). Foi realizada sutura simples e contínua festonada para unir os tecidos gengivais do palato.

**Figura 135** - Enxerto ósseo posicionado na região vestibular de maxila.



Fonte: Próprio autor.

**Figura 16** - Membrana de colágeno recobrindo o enxerto ósseo.



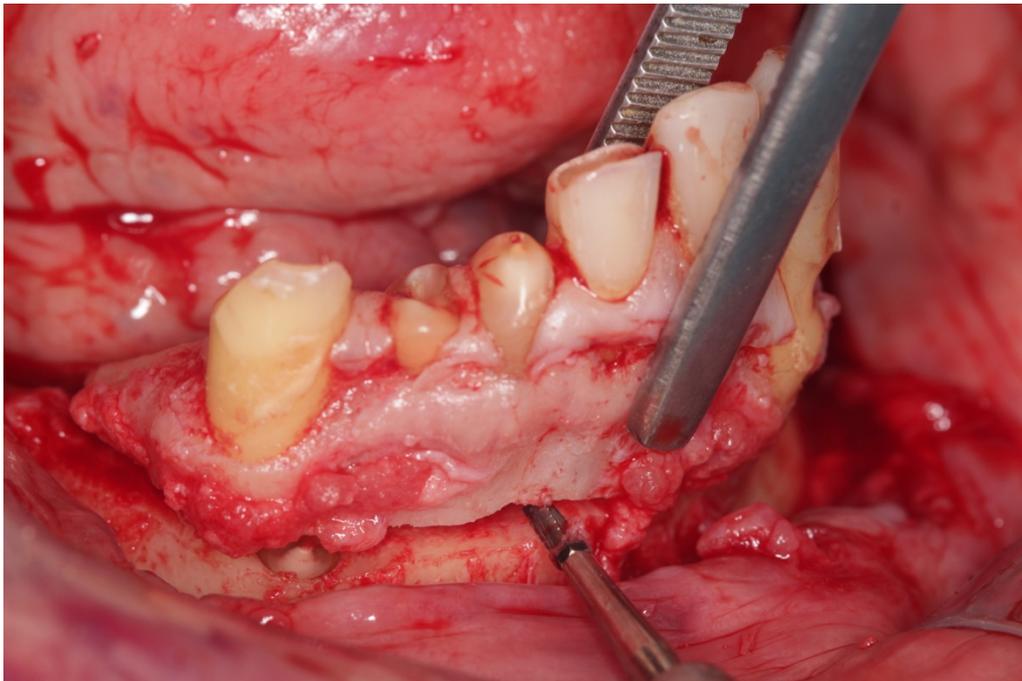
Fonte: Próprio autor.

## CIRURGIA EM MANDÍBULA

Com o paciente sedado e após a finalização da cirurgia em maxila iniciou-se a cirurgia em mandíbula. E foi realizada anestesia local em mandíbula com articaína 4%, 1:100.000, utilizando 6 tubetes abrangendo as regiões de nervo alveolar inferior com reforço na região bucal e lingual e anestesia infiltrativa na região anterior de mandíbula.

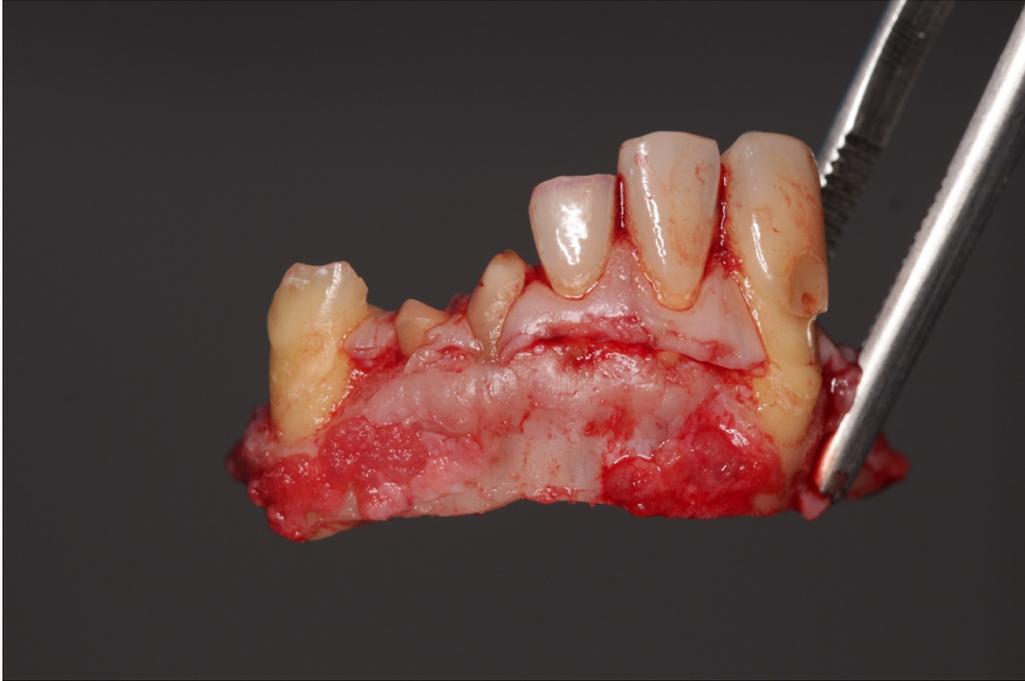
O procedimento cirúrgico passou pelas etapas de incisão supra-crestal e interpapilar com lâmina de bisturi número 15. Foi utilizada broca carbide esférica para marcar a gengiva e osso da maxila com o propósito de realizar extração em bloco. E em seguida foi utilizada broca cirúrgica 702 para realizar a remoção do bloco ósseo associado aos dentes presentes (Figura 17 e 18).

**Figura 17** - Extração em bloco utilizando broca cirúrgica 702 para remoção óssea em mandíbula.



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 18** - Bloco ósseo e dentes extraídos da mandíbula.

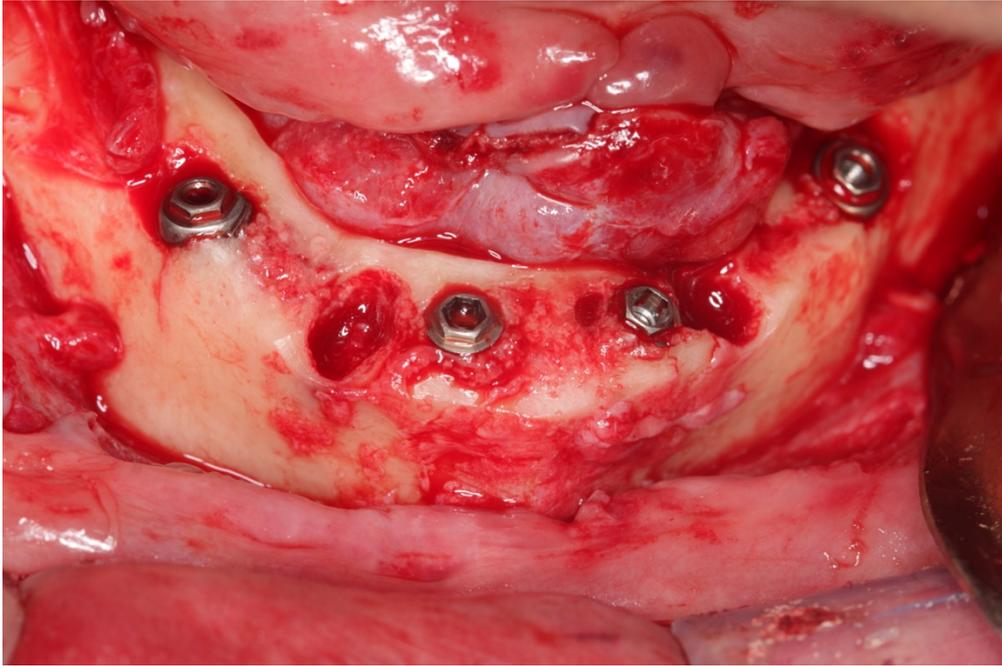


**Fonte:** Próprio autor.

Para realizar a regularização óssea foi utilizada broca de tungstênio maxicut sob irrigação constante com soro fisiológico 0,9%. As raízes residuais foram devidamente removidas e em seguida foi posicionado o guia cirúrgico confeccionado em resina acrílica e realizada a fresagem da mandíbula. Esta foi realizada de acordo com a sequência de brocas indicada pela empresa DSP Biomedicals®.

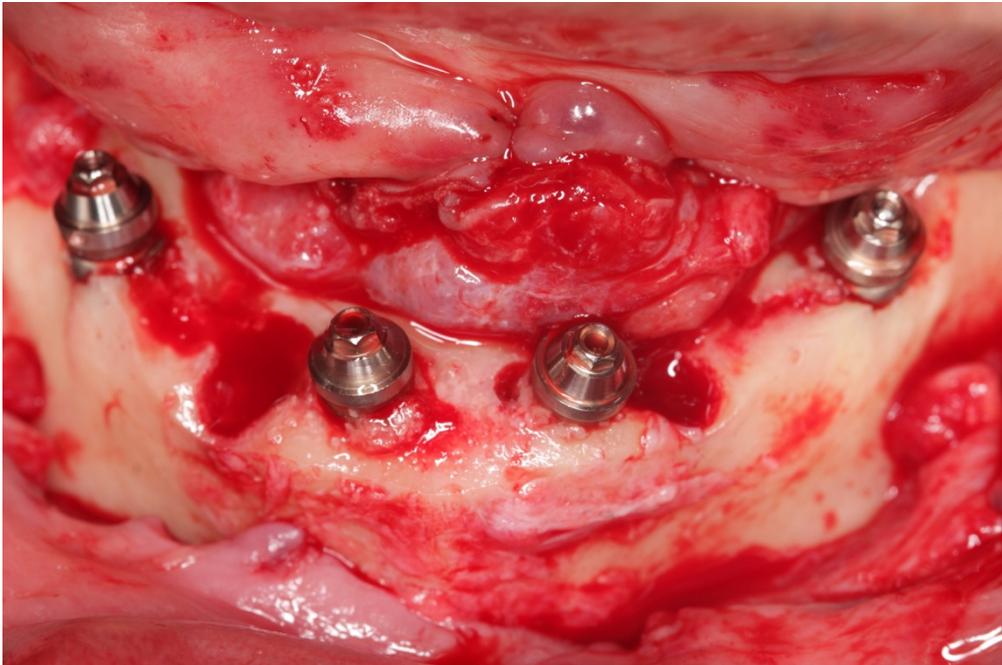
Durante a etapa de planejamento cirúrgico foi definido para o paciente implantes dentários DSP hexágono externo com dimensões 3,8 x 15mm para as regiões 31 e 41, e implante hexágono externo angulado para as regiões 34 e 44 (Figura 19). Todos os implantes apresentaram travamento primário superior a 50N/cm. E em seguida foram instalados mini-pilares sobre os implantes. (Figura 20). Foi realizada sutura simples e contínua festonada para unir os tecidos gengivais do palato.

**Figura 19** - Instalação dos implantes em mandíbula.



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 20** - Instalação dos mini-pilares em mandíbula.



**Fonte:** Próprio autor.

## PRÓTESE PROTOCOLO SUPERIOR E INFERIOR

Após a realização da cirurgia em maxila e mandíbula iniciou-se o processo de moldagem sobre implantes utilizando transferentes de mini-pilar, silicone de condensação e os demais materiais necessários para a realização dessa etapa.

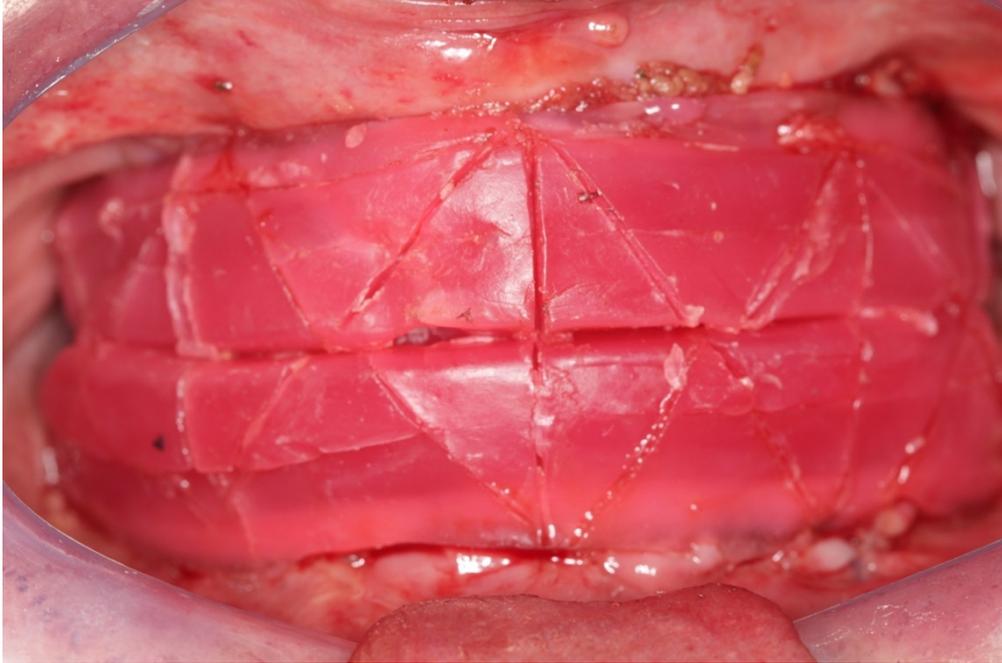
Em seguida os moldes foram enviados ao laboratório da própria clínica para confecção de barra metálica e plano de cera. Esses foram provados e devidamente ajustados e marcadas as linhas de orientação nos planos de cera superior e inferior (Figura 21 e 22) e enviados novamente ao laboratório para montagem dos dentes. Em sequência as próteses protocolo foram novamente provadas e a cor, formato e tamanho dos dentes foram aprovados pelo paciente seguindo para acrilização.

**Figura 21** - Avaliação do paciente em perfil para análise do adequado ângulo nasolabial e selamento labial.



**Fonte:** Próprio autor.

**Figura 22** - Prova dos planos de cera superior e inferior e marcação das linhas de orientação para montagem dos dentes e confecção da prótese protocolo superior e inferior.

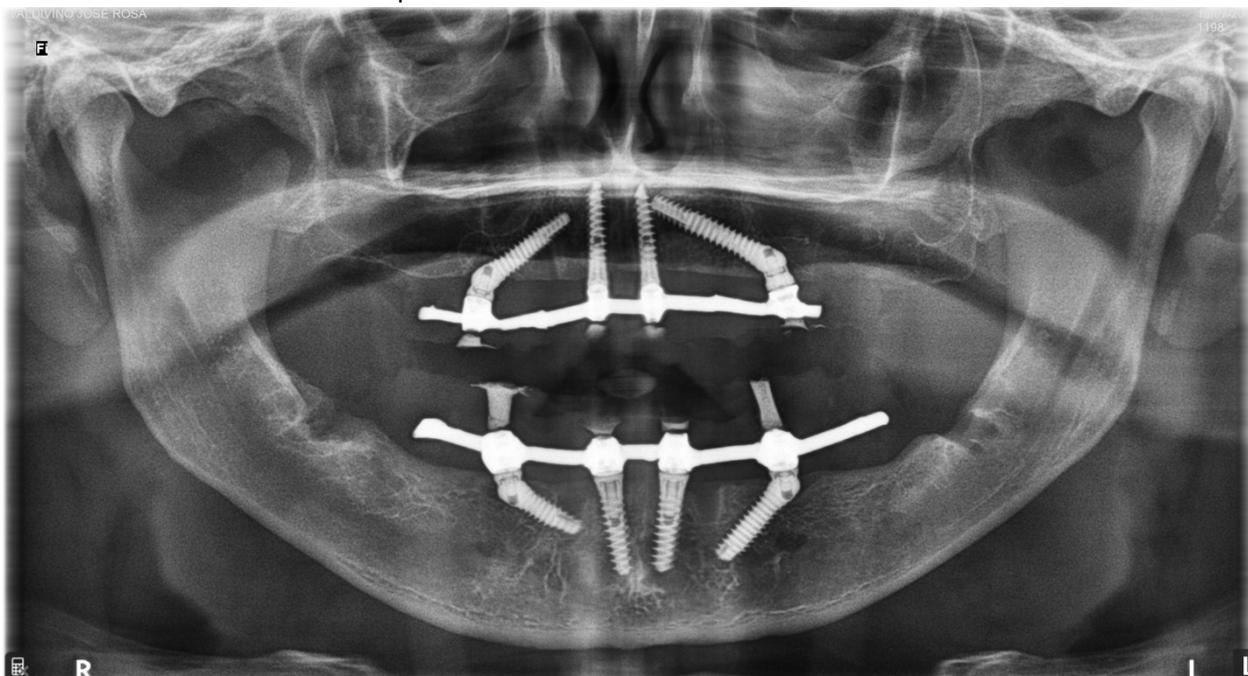


**Fonte:** Próprio autor.

A última etapa foi a instalação das próteses protocolo em maxila e mandíbula e o paciente demonstrou estar satisfeito com a realização do seu sonho de voltar a sorrir e ter maior conforto mastigatório e qualidade de vida.

O paciente realiza retornos periódicos ao consultório odontológico de 6 em 6 meses e são realizadas radiografias (Figura 23) remoção e limpeza das próteses protocolos superior e inferior. E segue sob acompanhamento há três anos e não apresenta perda óssea relevante próxima as regiões dos implantes, não apresenta peri-implantite ou outras alterações dignas de nota após a realização da cirurgia e instalação das próteses protocolo em maxila e mandíbula.

**Figura 14** - Radiografia panorâmica final, após a instalação das próteses protocolo sobre implantes em maxila e mandíbula.



Fonte: Próprio autor.

## DISCUSSÃO

A síndrome de Kelly é geralmente iniciada com a reabsorção óssea que ocorre na região anterior da maxila após perdas dentárias e com o tempo as demais características aparecem e associam-se (KELLY, 1972). No caso clínico em questão, ao avaliar o paciente e seus exames, pode-se notar a presença de todas as características que definem essa síndrome da combinação, exceto a presença de hiperplasia papilar inflamatória no palato e/ou câmara de sucção. Alguns autores associaram essa característica, de vazio ou câmara de sucção a hiperplasia papilar inflamatória.

É desafiador para os cirurgiões-dentistas que se deparam casos complexos que apresentam as características dessa síndrome. Esses devem ter uma abordagem multidisciplinar, orientar os pacientes e realizar os procedimentos adequados para garantir a preservação da saúde da dentição natural e sua função mastigatória, bem como evitar a associação de prótese total superior com prótese parcial inferior para que a progressão das características da síndrome da combinação seja evitada (TOLSTUNOV, 2007; KELLY, 1972). E para que isso ocorra, outros planos de tratamento devem ser idealizados, escolhendo junto ao paciente o que mais se adequa as suas necessidades. No caso clínico

deste relato teve-se uma abordagem tanto multidisciplinar quanto multiprofissional.

De acordo com Kelly (1972), Carlsson (1998) e Tolstunov (2007), e com base na patogênese dessa síndrome, quatro possíveis modalidades de tratamento podem ser aplicadas conceitualmente para atenuar ou corrigir uma hiperfunção anterior traumática e tratar a SC. Eles são: (1) uma prótese parcial removível mandibular adequadamente projetada em torno de dentes anteriores estáveis, levemente supererupcionados, em oposição a uma prótese total maxilar com distribuição uniforme de tensões oclusais sobre tecidos duros/moles e manutenção cuidadosa através de cuidados de acompanhamento com um objetivo preservar a oclusão posterior.<sup>3,35</sup> Em alguns casos, os dentes anteriores inferiores podem precisar ser tratados com canal radicular e ter suas coroas clínicas encurtadas para colocar os incisivos superiores opostos em uma posição adequada; (2) exodontia de dentes inferiores anteriores com/sem alveoloplastia e confecção de próteses totais superiores e inferiores funcionais com oclusão posterior estável com acompanhamento minucioso e protocolo de manutenção; (3) um tratamento de implante da dentição existente com ou sem extração de dentes para restabelecer a oclusão posterior sólida com uma prótese maxilar ou mandibular implanto-assistida ou suportada; (4) usando técnicas avançadas de enxerto ósseo maxilar para reconstruir o rebordo alveolar anterior maxilar em conjunto com uma das três opções anteriores (JENSEN et al., 2004; GUIRADO et al., 2005; MAIORANA et al., 2001, Iizuka et al., 2004; KONDELL et al., 1996; ABOUL-HOSN et al., 2006; ROHNER et al., 2002; NYSTROM et al. 1997).

Neste relato de caso o tratamento de escolha foi a prótese protocolo maxilar e mandibular, uma vez que o paciente possuía grandes perdas dentárias e os dentes que ainda estavam presentes não apresentavam-se saudáveis e aptos a serem mantidos em boca.

Diante disso, pode-se inferir que para casos complexos com grandes perdas dentárias, dentes não hígidos, oclusão e estética desfavoráveis assim como o apresentado neste relato, o tratamento com implantes dentários associado a prótese retida por implantes apresenta-se como a melhor alternativa para esses pacientes. Entretanto, nos casos em que os pacientes não possuem boa destreza manual e/ou apresentam mobilidade reduzida, que possa prejudicar a higienização das próteses sobre implantes é sugerida a instalação de próteses overdentures que permitem a remoção e higienização facilitada.



## CONCLUSÃO

A síndrome de Kelly, também chamada de síndrome da combinação pode ser tratada com uma abordagem cirúrgica-protética, lançando mão de procedimentos que reestabelecem a oclusão equilibram o sistema estomatognático, proporcionam uma melhor estética do sorriso ao indivíduo e conseqüentemente melhora a autoestima e qualidade de vida deste. E nos casos complexos em que os pacientes não possuem boa destreza manual e/ou apresentam mobilidade reduzida que possa prejudicar a higienização das próteses sobre implantes, esse apresenta-se atualmente como a melhor alternativa de tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. Published in 1972. J Prosthet Dent. 2003;90(3):213-219.
2. Carlsson GE, Thilander H, Hedegard B. Alterações histológicas no processo alveolar superior após extrações com ou sem inserção de uma prótese total imediata. Acta Odont. Digitalizar. 1967;25:123-146.
3. Carlsson GE. Morbidade clínica e sequelas do tratamento com próteses totais. J Prótese Dentária. 1998;79:17-23.
4. Jameson WS. Várias situações clínicas e sua influência na oclusão linear no tratamento da síndrome combinada: uma discussão sobre opções de tratamento. Odontologia Geral. 2003;51(5):443-447.
5. Lechner SK, Mammen A. Síndrome de combinação em relação sobre próteses implantossuportadas osseointegradas: uma pesquisa. Int J Prótese. 1996;9:58-64.
6. Tolstunov L. Combination syndrome: classification and case report. Journal of Oral Implantology. 2007;33(3).
7. Jensen OT, Leopardi A, Gallegos L. O caso da reconstrução com enxerto ósseo, incluindo enxerto sinusal e distração osteogênica para maxila edêntula atrófica. Revista de cirurgia oral e maxilofacial, 2004;62(11):1423-1428.



8. Guirado JL, Yuguero MR, Carrion Del Valle MJ et al. Uma Técnica de divisão do rebordo maxilar seguida de colocação imediata de implantes: relato de caso. *Rev Dente e Implante*. 2005;14:14-20.
9. Maiorana C, Santoro F, Rabagliati M et al. Avaliação do Uso de osso esponjoso ilíaco e osso bovino inorgânico na reconstrução da maxila atrófica com tela de titânio: uma investigação clínica e histológica. *Implantes Maxilofac Orais Int J*. 2001;16:427-432.
10. Iizuka T, Smolka W, Hallermann W et al. Extenso Aumento do rebordo alveolar usando enxertos ósseos autógenos de calvária para reabilitação dentária. *Clin Implantes Orais Res*. 2004;15:607-615.
11. Kondell PA, Nordenram A, Moberg LE et al. Reconstrução da maxila edêntula reabsorvida usando enxertos de costela autógenos e implantes osseointegrados. *Clin Implantes Orais Res*. 1996;7:286-290.
12. Aboul-Hosn S, Monner A, Juárez I, et al. Prélèvement osseux tibial pour comblement osseux maxillaire en implantologie [Tibial bone harvesting technique for filling maxillary bone gaps in implantology]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006;107(2):93-97.
13. Rohner D, Bucher P, Kunz C. et al. Tratamento de graves atrofia da maxila com retalho pré-fabricado de fíbula vascularizada livre. *Clin Implantes Orais Res*. 2002;13(13):44-52.
14. Nystrom E, Lundgren S, Gunne J et al. Osso interposicional enxerto e osteotomia LeFort I para reconstrução da maxila desdentada atrófica: uma técnica em dois estágios. *Int J Oral Maxillofac Surg*. V.26, p. 423-427, 1997.