

VERÔNICA DE OLIVEIRA MANTOVANI

**Reabilitação oral com facetas estéticas: Cerâmica
ou Resina?**

Araçatuba

2018

VERÔNICA DE OLIVEIRA MANTOVANI

**Reabilitação oral com facetas estéticas: Cerâmica
ou Resina?**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para obtenção do título de graduada em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho.
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Araçatuba

2018

Dedico este trabalho, aos meus pais e a minha irmã, que de **forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos** momentos de dificuldades, que sempre acreditaram em mim e não mediram esforços para que eu não desistisse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e todas as forças do universo que iluminaram o meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus pais, Roberval e Janete, que sem o amor, esforço e investimento esta conquista não seria possível.

A minha irmã, Veridiana, por ser minha melhor amiga em todos os momentos que precisei.

A minha amiga e companheira de apartamento, Brena, que é como da família e tornou os anos, que passei em minha graduação, mais curtos e prazerosos.

A minha amiga e dupla, Raissa, que esteve presente e me ajudou em inúmeras ocasiões durante a graduação.

Ao Lucas Bonato, que de forma especial me deu força e me encorajou em momentos de dificuldade.

Ao Prof. Dr. Gustavo Sivieri de Araújo, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões nas minhas atividades de monitoria.

Ao Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida, pela ausência de pré-julgamento, compreensão, paciência e dedicação em minha orientação que tornaram possível este trabalho.

A todos os mestres que me acompanharam durante a graduação e que muito me ensinaram, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

E a todos aqueles que de alguma forma estiveram próximos a mim durante essa trajetória.

"O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho."

Abraham Lincoln

MANTOVANI, V.O. **Reabilitação oral com facetas estéticas: Cerâmica ou Resina?** 2018. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

Neste trabalho, foi realizada uma revisão da literatura sobre facetas diretas em resina composta e facetas indiretas em porcelana, com objetivo de comparar as vantagens e desvantagens das técnicas direta (resina composta) e indireta (cerâmica) para determinar as indicações para cada tipo de tratamento. O trabalho foi realizado através de um levantamento bibliográfico, utilizando artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2016, bem como livros e outras publicações científicas. São apresentados 2 casos clínicos com a finalidade de exemplificar e comparar as referidas técnicas e materiais. Com o trabalho concluiu-se que facetas diretas de resina composta e facetas indiretas de cerâmica demonstraram serem técnicas com excelentes resultados clínicos, sendo que é o paciente que fornece a principal indicação para o tratamento, pois é de maneira que o desejo do paciente e autopercepção da necessidade de mudar a aparência de seu sorriso que definirá o tratamento a ser seguido pelo cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Porcelana dentária. Facetas dentárias. Preparo do dente. Cimentação. Cerâmicas. Estética.

MANTOVANI, V.O. **Oral Rehabilitation with aesthetic facets: Ceramics or Resin?** 2018. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018

ABSTRACT

In this work, a literature review was carried out on direct facets in composite resin and indirect facets in porcelain, in order to compare the advantages and disadvantages of direct (composite resin) and indirect (ceramic) techniques to determine the indications for each type of treatment. The work was carried out through a bibliographical survey, using scientific articles published between the years 2000 and 2016, as well as books and other scientific publications. Two clinical cases are presented with the purpose of exemplifying and comparing these techniques and materials. It is known that direct facets of composite resin and indirect facets of ceramics have been shown to be techniques with excellent clinical results, and it is the patient that provides the main indication for the treatment, since it is so that the patient's desire and self-perception of the need for change the look of your smile that will define the treatment to be followed by the dentist.

Keywords: Dental porcelain. Dental facets. Tooth preparation. Cementation. Ceramics. Aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografias do aspecto inicial do paciente.....	14
Figura 2 - Preparos de desgaste mínimo nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23.....	15
Figura 3 - Prova das lentes de contato dentais	16
Figura 4 - Silano aplicado em toda a superfície interna da lente de contato.....	17
Figura 5 - Aplicação do sistema adesivo fotopolimerizável na superfície condicionada.....	17
Figura 6 - Aspecto frontal final das lentes de contato.....	18
Figura 7 – Fotografia do aspecto inicial do paciente.....	19
Figura 8 - As restaurações presentes nos dentes 11 e 22 foram removidas com ponta diamantada cilíndrica 1190 F (KG Sorensen Ind & Com, Alphaville, São Paulo, Brazil).....	19
Figura 9 - Dentes a serem restaurados isolados através do isolamento absoluto, condicionados com ácido fosfórico a 37%.....	20
Figura 10 - Aplicação do sistema adesivo fotopolimerizável na superfície condicionada.....	20
Figuras 11 e 12 – Porções de resina(de esmalte e dentina) sendo adicionadas com espátula de metal.....	21
Figura 13 – Aspecto final do sorriso do paciente.....	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Sobre resinas e cerâmicas	10
2.2 Indicações	11
2.3 Vantagens e Desvantagens	12
3 CASOS CLÍNICOS	14
3.1 Caso clínico I	14
3.2 Caso clínico II	18
4 DISCUSSÃO	23
6 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	

1 Introdução

Inúmeros relatos na literatura mostram a busca do homem, com o passar dos tempos, por materiais que possam substituir satisfatoriamente a estrutura dental perdida.¹

Há poucos anos, os tratamentos estéticos eram realizados à custa de grande desgaste de estrutura dentária. As coroas totais eram preferidas relativamente às facetas cerâmicas e restaurações em resina composta.² A constante busca por um sorriso harmônico e estético eleva o nível de exigência e de expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas na Odontologia, visando procedimentos mais conservadores e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente.³

As facetas representam uma alternativa restauradora estética que tem como possibilidade minimizar o desgaste dentário necessário durante a fase do preparo dentário, e proporcionar uma excelente harmonia do sorriso.⁴

Existem dois tipos de facetas, facetas de cerâmica e facetas de resina composta.⁵

Neste trabalho realizamos uma revisão de literatura e descrevemos dois casos clínicos, nos quais são descritas as técnicas de restaurações direta e indireta, como alternativas protética e soluções eficazes para se obter o sorriso estético juntamente com a saúde bucal.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o custo-benefício de cada material, além da avaliação dos resultados pelo próprio paciente.

Esperamos que independente da escolha do paciente e indicação do dentista o resultado final seja o mais semelhante possível ao dente natural.

2 Revisão de Literatura

2.1 Sobre resinas e cerâmicas

A primeira restauração de porcelana feita num dente preparado, utilizando uma folha de platina, data de 1886 por Charles Henry Land.^{6, 7}

Na década de 30, os filmes de Hollywood tiveram influência no uso das facetas, mediante a necessidade dos artistas na caracterização dos traços físicos associados às personagens interpretadas,⁸ o Dr. Charles Pincus, foi procurado por alguns maquiadores para resolver o problema de estética do sorriso dos atores. Empenhado em solucionar esse problema, Pincus desenvolveu uma técnica para recobrir dentes comprometidos esteticamente com uma lâmina de porcelana, unidos de forma provisória e para uso somente no set de gravação.^{9, 10}

Em 1955, Buonocore fez com que a medicina dentária adesiva crescesse exponencialmente devido às suas primeiras investigações sobre a técnica do ataque ácido ao esmalte. A introdução das resinas BIS-GMA, descrita por Bowen em 1963, aliadas ao conseqüente desenvolvimento dos compósitos dentários, contribuiu para que o clínico estivesse apto para unir materiais com cor dentária aos dentes que apresentavam complicações estéticas.^{6, 8}

Mais tarde, em 1975, Rochete propôs a utilização de restaurações adesivas na dentição anterior. Este autor fez a descrição da técnica para a confecção de facetas de porcelana a nível dos incisivos que se encontravam fraturados. As facetas adesivas de cerâmica unidas ao esmalte evoluíram a partir desta técnica.^{7, 8, 12, 13}

Em 1982, Nakabayashi tornou possível uma adesão efetiva, com a formação de uma camada híbrida, que é a impregnação de monómeros na estrutura dentária. A associação do esmalte e dentina aos sistemas

adesivos foi o passo decisivo para o sucesso das facetas de cerâmica, que condicionados por ácido através da técnica de Rochette em 1973, transformou a adesão em realidade.^{8, 14}

O condicionamento ácido do esmalte proposto por Buonocore nos anos 50, e o conseqüente advento da adesão na odontologia, proporcionaram a possibilidade de maiores avanços na utilização e melhora da cerâmica como material restaurador na odontologia. A partir do século XX, houve o início da utilização das restaurações metalocerâmicas e mais recentemente surgiram as restaurações livres de metal, as chamadas restaurações "Metal-free"¹⁵

Hoje existem no mercado diversos tipos de resinas e cerâmicas, que diferem em suas composições, indicações e limitações.

A qualidade e proximidade das cores em relação ao dente, a efetiva união com a estrutura mineralizada dos dentes além da semelhança no módulo de elasticidade e resiliência, demonstram grandes vantagens na utilização de resina composta.¹⁶ Somado a isso, as porcelanas também vêm sendo utilizadas na odontologia devido às suas propriedades estéticas, ou seja, de se assemelharem a estrutura natural do dente através de características ópticas e de translucidez além de serem biocompatíveis.¹⁷

2.2 Indicações

Resina Composta

Dentes anteriores

- Restauração de cavidades classe III
- Restauração de cavidades classe V
- Restauração de cavidades classe IV
- Restauração de dentes anteriores fraturados
- Fechamento de diastema
- Dentes com alteração de cor

- Recuperação ou transformação anatômica
- Restauração de lesões cervicais
- Restauração de defeitos no esmalte
- Alongamento dental
- Facetas de resina composta ^{19, 20}

Cerâmica

- Onlays;
- Facetas laminadas;
- Recobrimento de outras cerâmicas; ^{24, 25}

2.3 Vantagens e Desvantagens

Diversos estudos clínicos listam vantagens e desvantagens do uso de restaurações em resina composta e cerâmicas.

Como vantagens, sobre a resina composta, podemos citar: Conservação da estrutura dental sadia, embora a cerâmica também possibilite preparos minimamente invasivos, ou até mesmo sem nenhum preparo;

Menor tempo clínico, pela possibilidade de confeccionar a restauração em uma única sessão;

Facilidade de reparo;

Boa relação custo/ benefício;

Ótimo resultado estético;

Baixa condutibilidade térmica. ^{18, 21}

E as principais desvantagens apontadas na literatura são: Resistência ao desgaste. - Sorção de água, que pode reduzir a resistência ao desgaste;

Contração de polimerização;

Sensibilidade pós-operatória;

Dificuldade na obtenção de ponto de contato;

Coeficiente de expansão térmica superior ao do dente;

Estabilidade da cor ^{18, 22}

Como vantagens, sobre a cerâmica, podemos citar: Translucidez;

Estabilidade química;

Coefficiente de expansão térmica próxima a do dente;

Baixa condutividade térmica;

Resistência ao desgaste;

Compatibilidade biológica; ^{16, 23}

As principais desvantagens apontadas na literatura são: Maior dureza em relação ao esmalte dental;

Friabilidade;

Baixa resistência à tração ^{16, 23}

3 Casos Clínicos

3.1 Caso clínico I

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresentava como queixa o descontentamento com o espaço que tinha entre os dentes. Deste modo, o paciente procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, e foi encaminhado ao Departamento de Odontologia Restauradora. Ao exame clínico e radiográfico, após a anamnese e exames observou-se que o paciente apresentava ausência de volume vestibular e diastemas entre os dentes anteriores superiores. Após discussão e análises o planejamento do caso foi realizado, através de exames clínicos e modelos de estudo (obtidos por moldagem com alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polesine, Italy)) com a elaboração de um plano de tratamento para resolução do caso. Optou-se pela realização de facetas laminadas do tipo lente de contato nos dentes 11, 12, 13 e 21, 22, 23, para o aumento do volume vestibular dos dentes, alteração de contorno e fechamento dos diastemas.

Figura 1 - Fotografia do aspecto inicial do paciente.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Foi realizado o enceramento diagnóstico do modelo e a partir desse, confeccionado um mock-up de resina bisacrílica quimicamente ativada para mostrar o possível aspecto final para a paciente.

Na consulta seguinte, foram realizados os preparos nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23. Os desgastes tiveram a espessura de aproximadamente 0,3 mm e a redução foi feita apenas nas faces vestibulares, estendendo-se para região interproximal, a fim de esconder a linha de cimentação e favorecer a melhor adaptação dos laminados, foi realizada também mínima redução incisal. Para estes procedimentos foi utilizada a ponta diamantada 2200 (KG Sorensen, Barueri, SP, Brazil)

Figura 2 - Preparos de desgaste mínimo nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Um fio de afastamento gengival Ultrapack, de pequeno diâmetro (000) (Ultradent Produtos Odontológicos, Indaiatuba, SP, Brasil) foi inserido no sulco gengival para facilitar a visualização da linha de término durante a etapa de acabamento dos preparos. O acabamento dos preparos foi obtido com discos abrasivos Sof-Lex Pop On (3M/ESPE Dental Products, St. Paul, EUA).

Na mesma sessão, foi realizada a moldagem dos preparos inserindo um novo fio retrator 000 no sulco gengival para afastamento dos tecidos.

A moldagem foi realizada em etapa única, utilizando silicona de adição Express XT (3M/ESPE Dental Products St. Paul, EUA) em moldeira dupla descartável parcial Moldex (Angelus Ind. de Produtos Odontológicos S/A,

Londrina, PR, Brasil). O material pesado foi manipulado sem luva e colocado na moldeira, enquanto o material leve foi depositado diretamente sobre os dentes preparados. A moldeira contendo o material pesado foi levada até a boca e a paciente ocluiu sobre ela, completando a moldagem dos preparos e do arco antagonista.

Utilizando a escala Vitapan Classical Shade guide (Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha), foi realizada a escolha da cor das lentes de cerâmica e um mapa cromático para melhor comunicação com o protético. A moldagem foi enviada ao laboratório para confecção das lentes de contato em IPS E-max (Ivoclar-Vivadent, Barueri, SP, Brasil). Na consulta subsequente foi realizada a prova individual e simultânea de todas as lentes de contato, iniciada pela análise extrabucal das peças, na qual é investigada a presença de trincas, a forma e a cor e em seguida, foi realizada a análise intrabucal, onde é avaliado o aspecto estético, novamente a cor, a forma e conferida a integridade marginal e adaptação das peças sobre os preparos utilizando uma sonda exploradora.

Figura 3 - Prova das lentes de contato dentais.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Para iniciar a etapa de cimentação, foi realizado tratamento interno da superfície de todas as lentes de contato, começando pela limpeza com álcool 70, seguida pelo condicionamento com ácido fluorídrico a 10% (Condac Porcelana - FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) por

10 segundos. As peças foram lavadas com água e secas com suaves jatos de ar. O silano (Dentsply Brasil, Petrópolis, RJ, Brasil) foi aplicado em toda superfície interna das lentes por um minuto.

Figura 4 - Silano aplicado em toda a superfície interna da lente



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Foi realizado tratamento das superfícies dentais, introduzindo no sulco gengival dos dentes preparados um fio retrator 000, seguido pelo condicionamento da superfície dental com ácido fosfórico 37% (Condac - FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos.

Lavou-se abundantemente com água e secou-se com leves jatos de ar. Foi feita a troca do fio retrator úmido, para impedir a infiltração marginal. Aplicou-se então o adesivo fotopolimerizável Single Bond 2 (3M/ ESPE Dental Products St. Paul, EUA).

Figura 5 - Aplicação do sistema adesivo fotopolimerizável na superfície condicionada.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Após a fotopolimerização do sistema adesivo durante 10 segundos, as lentes de contato foram cimentadas na seguinte ordem: elemento 11, 21, 12, 22, 13, 23. Para tanto, o cimento resinoso fotopolimerizável Variolink II na cor A2 (Ivoclar, Barueri, SP, Brasil) foi utilizado, cuidando para que não houvesse formação de bolhas. Após as peças assentadas, os excessos foram removidos com auxílio de pincel e fio dental. Cada lente de contato foi fotopolimerizada por 60 segundos. Os excessos de cimento cervicais foram removidos com lâmina de bisturi número 12. O acabamento e polimento realizado com borrachas para acabamento de cerâmica. Após a cimentação foram realizados ajustes oclusais em máxima intercuspidação habitual, protrusão e lateralidade, com a finalidade de eliminar qualquer contato prematuro ao final do tratamento.

Figura 6 - Aspecto frontal final das lentes de contato.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

3.2 Caso clínico II

Paciente do sexo feminino, 22 anos de idade, apresentava como queixa principal o descontentamento de restaurações presentes em seus dentes anteriores, em virtude de uma fratura coronária ocorrida durante a infância. Sendo assim a paciente procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, encaminhada ao Departamento de Odontologia Restauradora. Ao exame clínico e radiográfico, após a anamnese e

exames complementares, foi observado pigmentação nas margens da restaurações presentes nos dentes 11 e 21, além de pequenas fraturas no corpo da restauração e microinfiltração marginal nas bordas da restauração, sugestivo de substituição total das restaurações presentes para obtenção de melhores resultados funcionais e estéticos.

Figura 7 – Fotografia do aspecto inicial



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Optou-se pela realização de procedimento restaurador direto, com a utilização de sistemas adesivos e resina compostas. As restaurações presentes nos dentes 11 e 21 foram removidas com ponta diamantada cilíndrica 1190 F (KG Sorensen Ind & Com, Alphaville, São Paulo, Brazil).

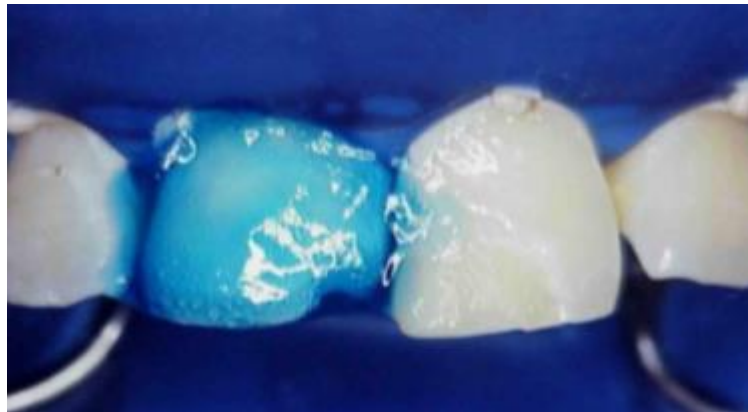
Figura 8 - As restaurações presentes nos dentes 11 e 21 foram removidas com ponta diamantada



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Os dentes a serem restaurados 11 e 21, inicialmente foram isolados através do isolamento absoluto com lençol de borracha para em seguida serem condicionados com ácido fosfórico a 37% (Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA), em toda a coroa clínica dental, por 30 segundos. Após a lavagem e secagem do esmalte dental condicionado, foram aplicadas duas camadas do sistema adesivo Single Bond 2.1 (3M ESPE Dental Products St Paul, MN, USA), que após receber a aplicação de suaves jatos de ar, por 5 segundos, foi fotopolimerizado por 10 segundos, utilizando aparelho de luz halógena Ultralux (Dabi Atlante, Ribeirão Preto, SP, Brasil) com potência de 450mW/cm².

Figura 9 - Dentes a serem restaurados isolados através do isolamento absoluto, condicionados com ácido fosfórico a 37%



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Figura 10 - Aplicação do sistema adesivo fotopolimerizável na superfície condicionada.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

A resina composta empregada foi a de micropartículas Z 250 (3M ESPE Dental Products St Paul, MN, USA) nas cores A1 e A2 de dentina e resina de alto valor de esmalte. Para isso, foi utilizada espátula de metal, tira de poliéster e cunha de madeira nas proximais dos dentes submetidos a reconstrução. A fotopolimerização foi realizada pelo tempo de 20 segundos, para cada camada inserida e com o mesmo fotopolimerizador anteriormente citado.

Figuras 11 e 12 – Porções de resina(de esmalte e dentina) sendo adicionadas com espátula de metal.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

Após removeu-se o isolamento absoluto e realizou-se a remoção dos excessos marginais e a regularização da altura incisal, empregando para tanto uma ponta diamantada 1190 F (KG Sorensen Ind & Com, Alphaville, São Paulo, Brazil) e discos de lixa de granulação fina Sof-Lex Pop-On (3M ESPE Dental Products St Paul, MN, USA). Em sequência foi realizado um

adequado ajuste oclusal em máxima interscuspidação habitual e, também, nos movimentos excursivos de trabalho e não trabalho e de protusão. Na sessão seguinte foram novamente observadas as margens, a forma e a cor das restaurações, para após realizar o acabamento e o polimento final com discos de lixa para acabamento de resina composta Sof-Lex Pop-On (3M ESPE Dental Products St Paul, MN, USA), pontas Enhance (Dentsply - De Trey GmbH, Konstanz, Germany) e borrachas de polimento verde, azul e branca (Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA) Como podemos observar, o resultado foi satisfatório, com plena satisfação da paciente devido ao fato da recuperação dos padrões de estética e do seu sorriso. Vale salientar que para preservação dos excelentes resultados são necessários controles periódicos ao cirurgião dentista, assim como colaboração da pacientes quanto aos seus hábitos de higiene bucal e alimentares.

Figura 13 – Aspecto final do sorriso do paciente.



Fonte: Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida

4 Discussão

Ambos os casos clínicos demonstram que, por meio de um diagnóstico multidisciplinar minucioso e de um planejamento prévio com fotografias, modelos de estudo, enceramento e planejamento, é possível tornar as reabilitações complexas em procedimentos seguros, rápidos e previsíveis.

A presença de fraturas na região anterior exige do profissional muita responsabilidade para escolher o tratamento mais adequado para atender as necessidades e as exigências do paciente. Sendo assim, o planejamento do caso deve ser uma abordagem criteriosa, incluindo todos os conceitos funcionais e estéticos, para que o resultado final possa ser satisfatório.^{26,27}

Quanto as facetas, Kacker et al.¹¹ salientaram que a falha no diagnóstico e planejamento pode levar a resultados indesejados, como dentes excessivamente salientes, com sobrecontorno, monocromáticos e artificiais, visto que o não-preparo deve ser aplicado em casos específicos.

Um sorriso natural e harmônico, somente poderá ser estabelecido após uma análise das características individuais do paciente e principalmente ouvir o paciente quanto a suas necessidades e expectativas.²⁸ Devemos ainda levar em consideração que para a realização do procedimento restaurador, fora o conhecimento do material restaurador, necessitamos o conhecimento da anatomia e das características ópticas dos tecidos dentais.^{27,28,29}

A escolha do melhor material restaurador para utilização de forma direta deve ser feita com critérios, a fim de estabelecer novas dimensões e larguras mesiodistal semelhantes às estruturas naturais já presentes nos elementos dentais, como cor, textura e resistência.³⁰ Assim como para a escolha do material para restauração indireta, atentando-se a cor, textura e anatomia. Na maioria das situações um pequeno desgaste da estrutura dental é necessário para que o ceramista tenha condições de criar a peça

de maneira adequada e esteticamente aceitável, assim como para melhores propriedades físicas da restauração indireta.

Em ambos os casos o resultado foi satisfatório e de acordo com o que a paciente esperava. Apesar do que muitos profissionais propagam, a evolução das resinas compostas favoreceu muito sua utilização na região de dentes anteriores, devido a suas características ópticas e mecânicas serem muito semelhantes ao da estrutura dental, que nos permitem reproduzir essas características da forma mais natural possível contribuindo para o sucesso final da restauração^{27,28,29}, tanto quanto uma restauração indireta, ressaltando as desvantagens de cada uma.

6 Conclusão

Concluiu-se que facetas diretas de resina composta e facetas indiretas de cerâmica demonstraram ser técnicas com excelentes resultados clínicos, quando respeitadas as indicações e contraindicações de cada material, sendo que é o paciente que fornece a principal indicação para o tratamento, pois é de maneira que o desejo do paciente e autopercepção da necessidade de mudar a aparência de seu sorriso que possibilitarão o tratamento.

Concluiu-se ainda que, quem apresenta os planos de tratamento é o cirurgião dentista, que em consequência das expectativas e condições financeiras do paciente deve escolher qual o melhor tratamento a ser realizado.

REFERÊNCIAS

1. KINA, S. Cerâmicas dentárias. **Rev. Dental Press de Estética**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 112-128, abr-jun. 2005.
2. JÚNIOR, A. et al. Protocolo clínico para laminados cerâmicos. Relato de caso clínico, **Jornal ILAPEO**, Curitiba, v.6, n.1, p.15-19, jan-mar. 2012
3. GOLDSTEIN R. E. Study of need for esthetic in dentistry. **J. Prosthet. Dent.**, Chicago v. 21, n. 6, p. 589-598, jun. 1969
4. JÚNIOR, B.; BARROS, C. Reabilitação Estética com Faceta Indireta em Porcelana, **Roplac**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 9-15, Nov. 2011
5. CHRISTENSEN, G. J. What is a veneer? Resolving the confusion, **J. A. D. A.**, Buffalo, v. 135, n. 11, p.1574-1576, nov. 2004
6. SOUZA, V. **Laminados Cerâmicos em Área Estética**. 2008. Monografia (Especialização em Prótese Dentária) - Centro de Pós-Graduação/Ciodonto, Rio de Janeiro, 2008
7. MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações Adesivas de Porcelana na Dentição Anterior: Uma Abordagem Biomimética**. 1. ed. São Paulo: Ed. Quintessence, 2003. 406 p.
8. BISPO, L. B. Facetas estéticas: Status da Arte Esthetic Veneers: Status of the Art, **Rev. Dentística On.**, Santa Maria, v. 8, n. 18, p. 11-14, jan-mar. 2009
9. VIEIRA, G.F., FERREIRA, A.TM., GARÓFALO, J.C. **Facetas Laminadas**. São Paulo: Ed. Santos, 1995
10. MENEZES FILHO, P. F.; ANDRADE, A.K.; RODRIGUES, S. Transformação estética do sorriso – relato de caso clínico. **Int J Dent**. Recife, p. 83-87, out. 2011.
11. KRACKER, M. D. et. Al. **Ultrathin veneers: beautiful and natural**. Dent. Today, Montclair, v.30, no.7, p.102-105, 2011
12. DUMPAHRT, H.; SCHAFFER, H. Porcelain laminate veneer. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part II Clinical results, **Int. J. of Prosthodont.**, v. 13, n. 1, p. 9-18, jan-fev. 2000
13. MAGNE, P. et al. Clinical Performance of nove-design porcelain veneers for the recovery coronal volume and length, **Int J Periodontics Restorative Dent**, v. 20, n. 5, p. 440-457, out. 2000
14. ÖZTÜRK, E. et al. Micromechanical properties of veneer luting resins after curing through ceramics, **Clin. Oral Invest.**, Berlin, v. 16, p. 139-146. nov. 2012
15. GOMES, E. A. et al. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. **SciELO**, Araçatuba, v.54, n.331, p.319-325, set. 2008

16. CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Restaurações Estéticas: Compósitos, Cerâmicas e Implantes**. 1. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2005. 308 p.
17. Russo, E. M. A. **Fundamentos de Odontologia Dentística - Restaurações indiretas**. 1. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010. 176 p.
18. BARRETO, D. L. **Restaurações Diretas em Resina Compostas para Dentes Posteriores**. 2011. 81 f. Monografia (Especialização) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
19. CONCEIÇÃO, E.N. et al. **Dentística: Saúde e Estética**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007. 596 p.
20. MANDARINO, F. Restaurações Estéticas em Dentes Anteriores. **WebMasters do Lab. de Pesq. em Endo. da FORP – Usp**, Ribeirão Preto, p. 1-32, jul. 2003. Disponível em: <http://143.107.206.201/restauradora/dentistica/temas/res_est_ant/res_est_ant.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.
21. PALOMINO, K. P. **Restauração com Resina Composta em Dentes Anteriores**. 2011. 60 f. Monografia (Especialização) - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
22. MÜLLER, R.S, MONTENEGRO, G. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas. **Roplac.**, Brasília, v. 1, n. 1, p.55-59, dez. 2010.
23. CAMPOS JUNIOR, Nilton. **Metalocerâmica, IPS Empress I, II e IPS e.Max: uma revisão de literatura**. 2011. 39 f. Monografia (Especialização) - Instituto de Ciências da Saúde Funorte/soebras, Lages, 2011.
24. CHAIN, M.C.; ARCARI, G.M.; LOPES,G.C. Restaurações Cerâmicas Estéticas e Próteses Livres de Metal. **RGO**, Porto Alegre, v. 2, n. 48, p.67-70, abr-jun. 2000.
25. MIYASHITA, E.; FONSECA A. S., **Odontologia estética: o estado da arte**. 1. ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2004. 788 p.
26. FAHL N JR. Optimizing the esthetics of Class IV restorations with composite resins. **J Can Dent Assoc**. n.63, v.108-15 1997
27. MARGEAS, RC. Keys to success in creating esthetic class IV restorations. **J Esthet Restor Dent**. v.22, p.66-71. 2010
28. DIETSHI, D. Freehand composite resin restorations: a key to anterior aesthetics. **Pract Periodontics Aesthet Dent**. v.7, p. 15–25. 1995
29. SUNDFELD, RH et al. Different esthetic techniques used in combination to improve the smile. **Compend Contin Educ Dent**. v.31 p. 1-2. 2010
30. PENA, CE. et al. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. **Eur J Esthet Dent**. v.4, p.210-24. 2009