



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

GABRIELLA PAGIORO DE LIMA

**Preparo minimamente invasivo no tratamento com
lentes de contato**

Araçatuba- SP

2016



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

GABRIELLA PAGIORO DE LIMA

**Preparo minimamente invasivo no tratamento com
lentes de contato**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho” – UNESP, como
parte dos requisitos para a obtenção
do título de Bacharel em Odontologia.**

**Orientador: Profa. Dra. Adriana Cristina
Zavanelli**

Araçatuba- SP

2016

Aos meus pais, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por determinar a mim esse destino e guiar toda a minha caminhada.

Aos meus pais Lázaro Wagner de Lima e Lygia Mara Pagioro de Lima, é difícil encontrar palavras que traduzam minha gratidão. Por cada derrota, que vocês compreenderam e me deram força e coragem para continuar. Por cada encontro com vocês, que recarregavam minhas energias e me davam a certeza de que não estou sozinha nessa jornada. Não há palavra que melhor se adeque do que um grande e sincero obrigada. Tudo o que vocês me dão é tanto, que eu nunca saberei como retribuir. Amo vocês!

À minha irmã Isabella Pagioro de Lima, que me acolheu em Araçatuba e me deu todo o suporte, compartilhou comigo todos os momentos de nossa vida, e que acima de tudo, é uma amiga com quem posso contar em todas as horas.

Ao meu namorado Guilherme Martins da Silva, obrigada pela paciência, pelo incentivo e pela força. Mesmo com toda distância, valeu a pena esperar... Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos.

Às minhas amigas Deb (Débora Bressan Galafassi), Camila Ramos Lettieri, Dani (Daniele Souza Bertoco), Amanda Kimura Lucchesi Reis, Camila Telles e Carol (Ana Carolina Camargo Penteado) que representaram minha família nesses 6 anos. Cada momento que passamos juntas estará gravado na minha memória eternamente. Sem vocês não teria sido tão especial.

Por fim, agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação, em especial à Profa. Dra. Adriana Cristina Zavanelli que não apenas contribuiu para a realização deste trabalho, como também me deu inúmeras oportunidades que não seriam possíveis sem sua ajuda.

Lima, G.P. **Preparo minimamente invasivo no tratamento com lentes de contato**. 2016. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO

Atualmente, na Odontologia, dispomos de materiais eficazes para a resolução de problemas estéticos, reabilitadores e funcionais, que podem ser executados com mínimos desgastes dentais. Estes procedimentos restauradores possuem previsibilidade e longevidade e estão apoiados sobre os procedimentos adesivos, tanto para o substrato dental, quanto para os materiais restauradores. Uma das modalidades de preparos minimamente invasivos são as lentes de contato, confeccionadas em cerâmicas adesivas. A principal vantagem das lentes de contato dental é o mínimo desgaste de estrutura dentária ou até mesmo nenhum, sendo um procedimento conservador. O objetivo do presente trabalho foi descrever um caso clínico de tratamento com preparo minimamente invasivo para receber lentes de contato. Foram abordadas as vantagens e desvantagens desse tipo de tratamento e concluiu-se que é um procedimento seguro, com alto índice de sucesso e que tende a crescer cada vez mais no universo da Odontologia.

Palavras-chave: Estética Dentária. Preparo do Dente. Cerâmica

Lima , G.P . **Preparation minimally invasive without treatment with contact lenses.** 2016. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia , Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, de 2016.

ABSTRACT

Currently, in dentistry, we have effective materials for solving aesthetic problems, rehabilitators and functional, that can be run with minimum wear dental. These restorative procedures have predictability and longevity and are supported on the adhesive procedures, for both the dental substrate, and for restorative materials. One of the methods of minimally invasive preparations are contact lenses, made of adhesive ceramic. The main advantage of tooth contact lenses is minimal wear of tooth structure, or even any, being a conservative procedure. The aim of this study was to describe a clinical case of treatment with minimally invasive preparation to receive contact lenses. The advantages and disadvantages of this type of treatment were discussed and it was concluded that it is a safe procedure with a high success rate and tends to grow increasingly in the Dentistry world.

Keywords: Esthetics Dental. Tooth Preparation. Ceramics

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspecto clínico inicial	17
Figura 2 - Comparação entre modelo original e enceramento diagnóstico	18
Figura 3 - Ensaio estético realizado por meio da técnica de mock-up	19
Figura 4 - Guias de orientação de desgaste	20
Figura 5 - Preparos conservadores: vista frontal	20
Figura 6 - Remoção de fio retrator no ato da moldagem	21
Figura 7 - Molde reproduzindo os dentes preparados	22
Figura 8 - Aspecto clínico final	24

SUMÁRIO

1	Introdução	10
2	Objetivo	12
3	Revisão de Literatura	13
4	Relato do caso	17
5	Discussão	25
6	Considerações Finais	27
	Referências	28

1. Introdução

As Restaurações metal-free têm se tornado cada vez mais requisitadas pelos pacientes. As cerâmicas adesivas possibilitam uma vasta gama de opções de tratamento.

Antes de determinar a opção de tratamento a ser executado, devemos avaliar qual integra o melhor resultado estético com a menor remoção de estrutura dentária sadia, e usar o bom senso para confirmar se realmente há necessidade de executá-lo (Yoshida e Celestrino, 2013).

Devido à grande procura pelos tratamentos estéticos, novos materiais restauradores, técnicas e tecnologias de confecção têm surgido a fim de reestabelecer as estruturas dentárias, não só do ponto de vista estético, mas também funcional (Andrade e Romanini, 2004).

Anteriormente, as cerâmicas necessitavam de espessura mínima para que fosse possível a adesão à estrutura dentária e para suportar a carga mastigatória. No entanto, com a evolução da tecnologia de confecção das restaurações, dos adesivos, cimentos resinosos, primers e silanos, pode-se confeccionar lâminas extremamente finas mantendo o tecido dentário intacto ou com preparos minimamente invasivos. Estas modalidades restauradoras compreendem as lentes de contato dentárias, os laminados e os fragmentos cerâmicos (Andrade e Romanini, 2004).

A diferença entre laminado e lente de contato está na sua espessura. Laminados possuem espessura que varia de 0,5 a 1,0mm e são indicadas para corrigir dentes com alterações de forma, de cor e malformações e, para isso, é necessário que haja um desgaste maior no preparo dental. No caso das lentes de contato, a indicação é mais limitada, incluindo pequenas alterações na forma e cor dos dentes possibilitando pouco ou nenhum desgaste, já que a espessura da restauração é inferior a 0,5mm. E há também os fragmentos cerâmicos, que são restaurações cerâmicas adesivas que envolvem apenas parcialmente uma ou mais faces do dente (Baratieri *et al.*, 2010).

As vantagens dos laminados, lentes e fragmentos vão além da estética. Por apresentarem um coeficiente de expansão térmica semelhante ao da estrutura

dentária, são menos susceptíveis ao desgaste, não adquirem manchas e nem infiltração marginal e, também, retém menos placa bacteriana quando comparado a outros materiais restauradores (Castro *et al.*, 2000).

A durabilidade do tratamento depende da colaboração não só do cirurgião dentista, como também do próprio paciente. Estudos indicam que, se os passos clínicos forem executados corretamente e o paciente fizer a correta higienização bucal e tiver os devidos cuidados na mastigação de alimentos duros, o tratamento alcança grande longevidade (Gurel *et al.*, 2007).

2. Objetivo

O objetivo deste trabalho foi realizar uma breve revisão de literatura sobre os preparos minimamente invasivos no tratamento com lentes de contato dentárias e descrever, por meio do relato de um caso, o passo a passo do protocolo clínico a ser executado pelo profissional para alcançar o sucesso do tratamento proposto com previsibilidade e longevidade.

3. Revisão de Literatura

A constante evolução das cerâmicas de uso odontológico tem possibilitado resultados com padrões cada vez mais altos, tanto funcionais quanto estéticos (Kina *et al.*, 2005).

As facetas de cerâmica apresentam uma boa perspectiva de longevidade clínica, sendo de 94 e 95% a taxa de sucesso após 15-20 anos (Calamia e Calamia *et al.*, 2007).

A Odontologia atual preconiza que o profissional deve dar prioridade a materiais que preservem a estrutura dentária sadia. Durante muitos anos, a resina composta foi eleita o material que melhor se encaixava nessa condição, porém ela apresenta uma série de desvantagens, como baixa resistência, instabilidade de cor com o passar do tempo e textura e brilho com menor durabilidade (Clavijo *et al.*, 2011).

Uma excelente substituta para a resina composta é a cerâmica feldspática, já que apresenta grandes vantagens quando comparadas, como boa resistência e estabilidade de cor, além de excelente compatibilidade biológica, estabilidade química, adesão ao agente cimentante e aos substratos dentários, coeficiente de expansão térmica semelhante ao das estruturas dentárias, excelente reprodução das propriedades ópticas da estrutura dental, radiopacidade, e longevidade clínica (Clavijo *et al.*, 2011).

As cerâmicas feldspáticas foram as primeiras cerâmicas dentárias a serem confeccionadas em alta fusão e eram descritas como vidro. Possuem uma complexa estrutura resultante da fusão de óxidos em altas temperaturas, resultando em uma resistência superior à de vidros convencionais. Esta característica vítrea atribui boa interação de reflexão óptica, o que tem grande valor estético por ser bem semelhante aos tecidos dentais. Ao mesmo tempo, se apresenta pouco plástica, com propriedades tensionais precárias, baixa maleabilidade e sensivelmente friável, o que a torna contraindicada para regiões de suporte de carga ou stress mastigatório. Estudos foram desenvolvidos e foi testada a incorporação de óxidos metálicos para que pudessem suprir a falha na resistência da cerâmica. Com

sucesso no resultado, obteve-se, então, uma cerâmica mais resistente, com menores riscos de fraturas e insucessos (Amoroso *et al.*, 2012).

A adição de cristais e óxidos de reforço permitiu a confecção de laminados cerâmicos mais finos, o que permite desgastes mais sutis, além de boa resistência e estética (Soares *et al.*, 2012).

Por ser uma técnica relativamente recente, ainda não há um consenso quanto aos materiais, técnicas, indicações e limitações. É importante enfatizar que essa escolha deve fundamentar-se “nos subsídios científicos disponíveis e não na pressão publicitária existente”(Amoroso *et al.*, 2012).

Dentre os vários tipos de sistemas cerâmicos atuais, os mais indicados para restaurações com lâminas ultrafinas são as Cerâmicas Feldspáticas Convencionais, as Cerâmicas Feldspáticas reforçadas por leucita, a Vitro-cerâmica reforçada por leucita (Sistema IPS Empress I) e a Vitro-cerâmica reforçada por dissilicato de lítio (Sistema Emax press e Emax Cad) (Chain *et al.*, 2013).

As Cerâmicas Feldspáticas Convencionais são compostas de feldspato de potássio e quartzo. Quando misturados e aquecidos a 1.200 C°, o feldspato se decompõe para formar uma fase vítrea amorfa e uma fase cristalina (mineral), consistindo de leucita. Essa mistura é então resfriada rapidamente e fragmentada para a obtenção das partículas. Os pigmentos são adicionados nesse estágio. Forma-se um pó que é depositado sobre a estrutura desejada, no formato do dente que se deseja construir e levado ao forno para sinterização.

As Cerâmicas Feldspáticas reforçadas por leucita contém cerca de 45% em volume de leucita tetragonal. É utilizada em restaurações de cerâmica pura sinterizada, como cerâmica de estratificação ou cobertura, da mesma forma que a porcelana feldspáticas convencional. A leucita funciona como uma base de reforço, pois o maior conteúdo de leucita em relação às feldspáticas convencionais resulta em maior resistência flexural.

Cerâmicas vítreas, vitrocerâmicas ou vidros ceramizados são materiais cerâmicos submetidos a tratamentos térmicos específicos, a fim de induzir uma desvitrificação parcial. Nesse processo são formados núcleos cerâmicos reforçados por dissilicato de lítio ou leucita, proporcionando um material com alta resistência e

ótima adaptação. Os principais representantes atuais desse tipo de cerâmica são os sistemas IPS Empress e Emax press (Ivoclar Vivadent).

A Cerâmica reforçada por dissilicato de lítio é a mais forte e mais usada para a técnica. Ela apresenta uma matriz vítrea na qual os cristais dessa substância ficam dispersos de forma interlaçada, dificultando a propagação de trincas em seu interior. Este sistema possui um alto padrão estético, devido ao índice de refração de luz semelhante ao esmalte dental, sem interferência significativa de translucidez, permitindo a possibilidade de reproduzir a naturalidade da estrutura dentária. Da mesma forma, o tamanho do cristal e a disposição favorecem maior resistência mecânica e ao desgaste para a restauração (Chain, 2013).

No que diz respeito ao mínimo preparo para laminados, deve-se ter certa cautela nos casos em que não é feito preparo algum, já que apesar de parecer uma técnica simples é necessário muito cuidado para se obter um resultado natural, sem margens salientes e sobrecontorno. Com a ausência do desgaste, há risco das margens ficarem volumosas comprometendo o perfil de emergência do laminado, ou então se muito fino, há chance de lascas durante o manuseio e cimentação. Segundo Magne (2013), a técnica de mínimo preparo dental, limitado ao esmalte, atualmente é visto como padrão-ouro para a reabilitação estética (Magne *et al.*, 2013).

As indicações para o não-preparo incluem casos de dentes mais curtos do que deveriam ser devido a trauma ou desgaste, casos de perda de esmalte na vestibular do dente, dentes lingualizados ou palatinizados que permitam um sobrecontorno e, além disso, o dente não deve necessitar de grandes alterações de cor. (Brambilla, 2013).

Se for optado por fazer o preparo, o mesmo deve apresentar alguns princípios fundamentais, sendo eles: retenção e estabilidade adesiva, desgaste observando posicionamento do dente e espessura da peça e preservação máxima das estruturas dentárias, afim de manter maior quantidade possível de esmalte na intenção de se obter uma cimentação adesiva mais eficaz, já que ela é mais forte quando a interface cimentada é de cerâmica com esmalte (Chain *et al.*, 2013).

A maior vantagem de se fazer o preparo dental, é que ele controla uma série de fatores que poderiam arruinar o caso, como mudança de cor sem excesso de volume de cerâmica, ocultação da margem, margem definida para o trabalho do

técnico, permite correção do desalinhamento, além de fatores relacionados ao contorno (perfil de emergência, perfil facial, terço incisal) (Brambilla *et al.*, 2013).

Há uma preferência considerável entre os profissionais da área e técnicos ceramistas por preparar a superfície dental para receber as lâminas. Para eles, os preparos minimamente invasivos favorecem a adaptação e proporcionam interfaces lisas com mínimo potencial para descoloração. Há, ainda, uma imprevisibilidade de resultados quando não há preparo, além do receio de que o sobrecontorno possa causar desconforto ao paciente (Chain, 2014).

4. Relato do Caso

Paciente RB, 28 anos, sexo feminino, buscou atendimento na clínica de prótese parcial fixa se queixando da cor, forma e diastemas presentes na região superior anterior, como se pode observar na fotografia de sorriso na Figura 1.



Figura1. Aspecto clinico inicial

Foram discutidas as expectativas da paciente em relação ao tratamento e em seguida o mesmo foi iniciado com a realização da moldagem utilizando silicone de condensação (Zetaplus/Oranwash, Zhermack Badia Polesine, Rovigo, Itália), em que foi vazado gesso pedra tipo III (Gesso-Rio, Orlando Antonio Bussioli – ME, Rio Claro, Brasil) para obtenção do modelo de estudo.

Visto que alterações de forma, posição e tamanho seriam necessárias, esses modelos foram enviados para o laboratório de prótese junto com as orientações e fotografias para que fosse confeccionado o enceramento diagnóstico (Figura 2).



Figura 2. Comparação entre modelo original e enceramento diagnóstico.

Através da técnica de *mock up*, foi feito o ensaio estético para verificar se o enceramento realizado estava compatível com as expectativas do profissional e da paciente. Para a realização desse ensaio, um guia de silicone (Zetalabor, Zhermack, Badia Polesine, Rovigo, Itália) foi confeccionado e em seguida preenchido com resina bisacrílica nanoparticulada (Protemp 4, 3M, Chapecó, SC, Brasil) na cor A1 e levado em posição sobre os dentes previamente isolados com vaselina sólida. Após os 4 minutos de espera exigidos pelo material, o guia de silicone foi retirado e realizado procedimentos de acabamento e polimento. Concluídas essas etapas, foi mostrado o resultado obtido à paciente que aprovou e autorizou a execução do tratamento (Figura 3).



Figura 3. Ensaio estético realizado por meio da técnica de *mock up*.

Para que fosse obtida uma coloração mais clara e, conseqüentemente, mais estética, foi realizado clareamento associado, sendo três sessões de clareamento a laser em consultório com peróxido de hidrogênio a 35% (DMC, Plantation, FL, Estados Unidos da América) e clareamento caseiro com peróxido de hidrogênio a 4% (FGM, Joinville, SC, Brasil), 1 hora por dia durante 2 semanas.

Antes do início dos preparos, outro guia de silicone foi confeccionado para orientar o desgaste dos elementos dentários (Figura 4). Neste guia, foram feitos recortes vestibulo-lingual e méso-distal e verificada a adaptação precisa nos dentes. O guia foi levado em posição durante todo o preparo, visto que ele representa a forma final das instalações. Foram executados preparos do elemento 15 ao 25. Deve-se ressaltar que todo o preparo realizado foi minimamente invasivo, removendo áreas retentivas, onde as regiões interproximais foram muito suavemente reduzidas, os ângulos vivos arredondados e as superfícies vestibulares suavemente planificadas, utilizando ponta diamantada 2135F. O acabamento e refinamento foram realizados com discos Softflex (Pop on, 3M ESPE) para remoção de irregularidades na superfície dos preparos e as superfícies proximais foram preparadas com lixa de aço para alívio dos contatos.



Figura 4. Guias de orientação de desgaste



Figura 5. Preparos conservadores: vista frontal

Com os preparos devidamente finalizados, optou-se pela técnica de moldagem simultânea utilizando silicone de adição pesado (Silagun, *DMG*, Hamburgo, Alemanha) com leve (Honigum, *DMG*, Hamburgo, Alemanha). Para afastamento do tecido gengival foi utilizado fio de retração #000 (Ultrapak, Ultradent Products, South Jordan, UT, Estados Unidos da América) sem solução hemostática, posicionado delicadamente no sulco gengival e removido no ato moldagem (Figura 6). A solução hemostática não foi utilizada devido a quadro alérgico da paciente.



Figura 6. Remoção de fio retrator no ato da moldagem

Com o silicone de consistência leve é possível garantir fiel reprodução dos terminos cervicais, facilitando, assim, a obtenção de peças bem adaptadas, sem excessos ou falta de material (Figura 7).

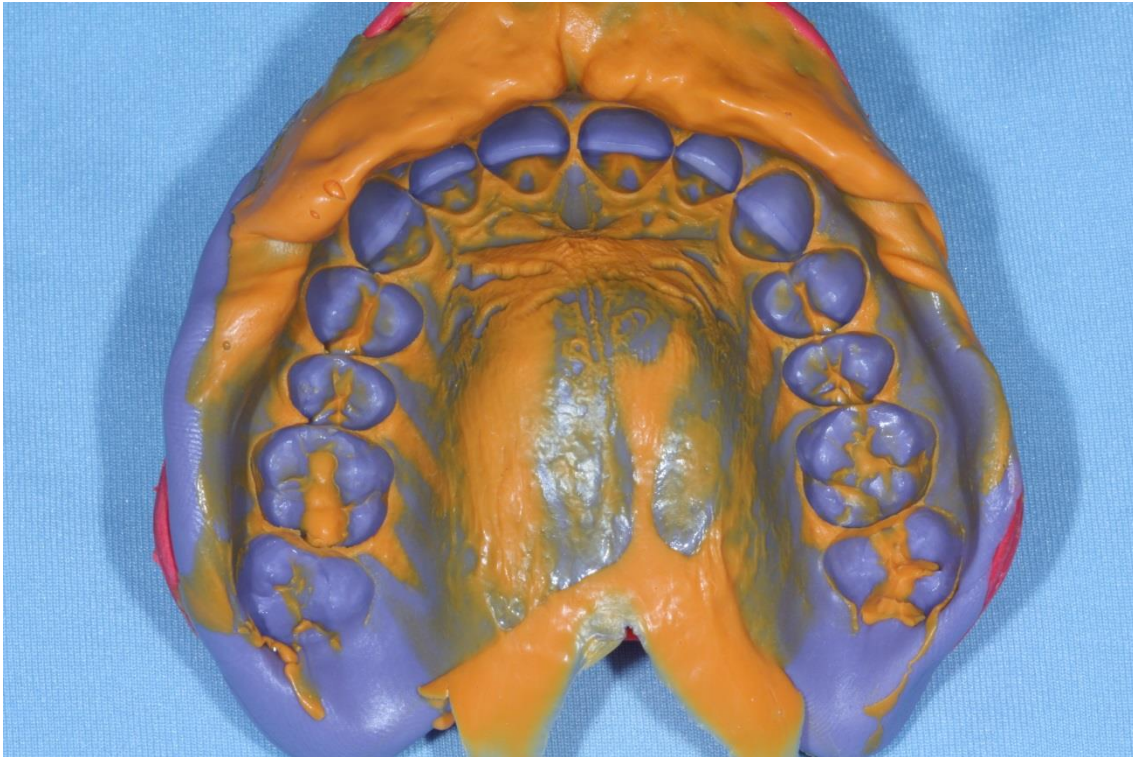


Figura 7. Molde reproduzindo os dentes preparados

Após a realização da moldagem, foi selecionada a cor do substrato e a cor desejada final com escala 3D Master (Vita), e realizado o registro fotográfico para envio ao laboratório. A cor do substrato foi 1M1 e a cor desejada final 0M3.

O molde foi enviado para o laboratório com recomendações para que fossem vazados dois modelos no mesmo molde, onde o primeiro modelo deveria ser troquelizado e o segundo permaneceria rígido. No modelo troquelizado foi realizada a confecção das peças priorizando o ajuste das margens e no modelo rígido foi checada a estética e pontos de contato. Além do molde, foram enviados, também, o modelo mestre e fotos do sorriso da paciente para auxílio na confecção das peças.

Enquanto as peças definitivas eram confeccionadas, a paciente permaneceu com provisório em resina bisacrilica (Protemp 4, 3M, Chapecó, SC, Brasil) reproduzido através do guia de silicone.

Na sessão seguinte, com as peças em cerâmica de dissilicato de lítio IPS E.max Press (Ivoclar Vivadent) já prontas, removeu-se os provisórios e as lentes foram colocadas em posição para fazer a prova seca e checar as adaptações marginais, que foram aprovadas. Então, realizou-se a prova clinica para seleção da

cor do cimento a ser utilizado com pastas *try in* (Variolink Veneer, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça), sendo selecionada o value 0.

Enfim, deu-se início a preparação das peças e do substrato dental para a cimentação definitiva. A superfície interna das peças receberam ataque ácido por 20 segundos com ácido fluorídrico a 10% (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil), resultando em microporosidades que melhoram a retenção do cimento na peça. Após lavar e secar, foi aplicado ativamente o ácido fosfórico a 37% (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil) durante 1 minuto e, novamente, lavado e seco para receber o Silano por 1 minuto (Monobond S, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça) até sua evaporação. Nos dentes preparados, foi feita a profilaxia com escova de Robson (Microtuft, DhPro), pedra pomes e água cuidadosamente para evitar que ocorresse sangramento, ataque ácido com ácido fosfórico a 37% (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil) por 30 segundos e depois de serem lavados e secos, foi aplicado adesivo (Excite F DSC, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça) na superfície dos dentes sem fotopolimerização.

O cimento resinoso (Variolink Veneer, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça) da cor previamente selecionada foi aplicado uniformemente nas superfícies internas das peças, que foram levadas e mantidas em posição para remoção dos excessos com pincéis e fio dental e fotopolimerizada. Esse procedimento foi realizado em todos os elementos e após todas as peças estarem em posição, foi realizada a fotopolimerização final de 40 segundos (Fotopolimerizador Bluephase, Ivoclar Vivadent) em cada face dos elementos dentais. Com papel carbono (Accu-Film II, Parkell, Nova York, NY, Estados Unidos da América) foram identificadas as interferências oclusais e realizados os devidos ajustes. Os excessos que ainda restavam foram eliminados com removedor de excessos (SS White Duflex, Juiz de fora MG, Brasil) e lâmina número 12 para as faces livres e microcut para as interproximais. Após este procedimento, foi aplicado o gel de glicerina (Liquid Strip, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça) e fotopolimerização das margens por 40 segundos.

Finalizada a instalação das lentes de contato, a paciente recebeu orientações a respeito da manutenção, higiene oral e cuidados necessários, como a confecção e uso de placa estabilizadora (Figura 8).



Figura 8. Aspecto clínico final

6. Discussão

O tratamento de escolha para o caso relatado foi a utilização de lentes de contato cerâmicas de dissilicato de lítio por apresentar ótimas propriedades ópticas, maior translucidez, boas propriedades mecânicas devido à cimentação adesiva, além de ser o mais conservador (Azer *et al.*, 2006).

Segundo Magne e Belser (2003) e Kina e Bruguera (2006) a porcelana é um material biomimético, ou seja, reproduz com precisão o esmalte dental, garantindo satisfação estética e durabilidade.

A confecção de preparos minimamente invasivos foi possível devido ao aumento da resistência das peças mais frágeis pela introdução de novos materiais cerâmicos (Hirata *et al.*, 2009; Soares e Soares, 2011) e pelo avanço das técnicas adesivas.

As restaurações minimamente invasivas são restaurações duradouras quando corretamente indicadas e apresentam alto índice de sucesso clínico e de satisfação dos pacientes (Peumans *et al.*, 2000).

As lentes de contato são confeccionadas sobre um preparo que varia de 0,2 a 0,4mm de espessura (Kina e Bruguera, 2008) ou, até mesmo, nenhum preparo dental (Franci *et al.*, 2013). No entanto, antes de determinar o tipo de preparo a ser realizado, deve ser levado em consideração fatores como: posição dental, pigmentação do dente, idade do paciente e oclusão (Hirata *et al.*, 2009).

Muitos fatores influenciam no resultado final do tratamento, entre eles a coloração. A fina espessura da cerâmica com sua opalescência e translucidez, a cor do substrato dental e a cor do cimento a ser utilizado estão diretamente relacionados com a coloração final da restauração (Azer, 2006). Além disso, o tipo de cimento também exerce grande influência nesse quesito, sendo os dois contraindicados para cimentar esse tipo de restauração, devido a sua ativação química gerar uma alteração de cor ao longo do tempo. Por esse motivo, na realização do caso foi usado cimento resinoso fotoativado, pois com a fina espessura da peça protética é possível que a luz penetre e catalise o cimento, garantindo maior estabilidade cromática ao longo do tempo.

Para selecionar a quantidade de desgaste que será realizada na estrutura dental, devemos utilizar as fotografias iniciais e o enceramento diagnóstico para auxiliar na avaliação de três aspectos:

1. Possibilidade de acréscimo de material: correto enceramento torna possível a visualização e planejamento do desgaste.
2. Eixo de inserção das peças: o eixo de inserção é fundamental para que a área do cimento resinoso não fique espessa após o assentamento da peça.
3. Cor do remanescente: verificar se há necessidade de mascarar a cor do substrato dental. Caso exista essa necessidade, a restauração sem preparo, como lente de contato ou fragmento, torna-se inviável devido a sua espessura muito fina (Baratieri *et al.*, 2010).

Finalizada a instalação da peça, é de suma importância que seja feito um rigoroso ajuste oclusal com papel carbono (Accu-Film II, Parkell, Nova York, NY, Estados Unidos da América) em abertura e fechamento, lateralidade e protrusão, a fim de evitar estresse excessivo sobre as restaurações cerâmicas e sobre os dentes.

Também ao final da instalação, o paciente deve ser orientado quanto à higienização e cuidados com alimentação, buscando evitar o risco de fraturas e descolamentos.

7. Considerações Finais:

Foi cumprido o desafio de estabelecer um protocolo para confecção de lentes de contato dental realizando o mínimo de desgaste possível, baseado em evidências científicas. Para que fosse obtido o êxito no caso, foi fundamental o rigor em todos os procedimentos, desde as fotografias iniciais, bem como a obtenção dos modelos, preparo dos dentes e escolha de laboratório e materiais de alta performance.

Referências:

- AMOROSO, A. P. et al. Cerâmicas Odontológicas: Propriedades, Indicações e Considerações Clínicas. Revista Odontológica de Araçatuba, v.33, n.2, p. 19-25. 2012
- ANDRADE, O. S.; ROMANINI, J. C. Protocolo para laminados cerâmicos: Relato de um caso clínico. Revista Dental Press de Estética, v.1, n.1, p. 9-19. 2004
- AZER, S. S.; AYASH, G. M. ;JOHNSTON, W. M. ;KHALIL, M. F. ; ROSENSTIEL, S. F. Effect of esthetic core shades on the final color of IPS Empress all-ceramic crowns; Journal Prosthet Dentistry. s.v.,n.96,p.397-401. 2006.
- BARATIERI, L. N. et. al. Odontologia restauradora: fundamentos e técnicas. Liv. Cap.28, v.2, p.653-674. 2010
- CALAMIA, J. R. ; CALAMIA, C. S. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. Dent Clin North Am, v.51, p.399-417. 2007
- CASTRO, J. C. M. et al. Facetas laminadas em porcelana: uma opção estética para o clinico geral. Revista da Unimep. Piracicaba, v. 12, n. 1, p. 24-27. 2000.
- CHAIN, M. C.; ALEXANDRE, P. Cerâmicas Odontológicas. In: Materiais Dentários. Editora Artes Médicas, 2013.p. 127 –138.
- Hatanaka, G. R. ; Polli, G. S. ; Almeida Junior, A. A. ; Muñoz-Chávez, O. F . Cimentação adesiva e fragmentos cerâmicos: Odontologia estética e conservadora Rev Odontol UNESP, v. 40, n. esp., p. 34. 2011
- CLAVIJO, V., CALICHO, L.E.; KYRILLOS, M.; MOREIRA, M.; OLIVEIRA, H. Visão Clínica: Fragmentos cerâmicos: o estado da arte. Clínica International Journal of Brazilian Dentistry. 2011.v. 7, n.4,p.378-385, 2011.

FRANCCI, C.; NISHIDA, A. C.; VELLOZO, N. C.; MACIAS, C. R. Facetas pré-fabricadas: Uma nova opção estética. Suplemento Prótese News, v.2 – *Revista Implante News*, v.10, n.4, pg.49-50, 2013.

GUREL, G. Porcelain Laminate Veneers: minimal tooth preparation by design. *Dent Clin North Am*, v.51, n.2, p. 419-431, 2007.

HIRATA, R.; ANDRADE, O. S.; KINA, S.; FUKUGAWA, F. A. Laminados Cerâmicos: Visão Clínica. *Jornal do ILAPEO*, v.3, n.1, pg.17-20. 2009.

KINA, S. Cerâmicas dentárias. *R Dental Press de Estética*-v.2, n.2, p. 112-128. 2005.

Kina, S, Bruguera, A. *Invisível - restaurações Estéticas cerâmicas*. Maringá: Dental press; 2008, 2 Edição, 420p.

MAGNE, P. et al. The case for moderate guided prep indirect porcelain veneers in the anterior dentition. The pendulum of porcelain veneer preparations: from almost no-prep to over-prep to no-prep. *Eur.J.Esthet.Dent.*, v.8, no.3, p.376-388, 2013.

MAGNE, P.; BELSER, U. Estética Dental Natural. In: *Restaurações adesivas de porcelana na dentição Anterior: Uma abordagem biomimética*. Quintessence Editora, 2003.

MONDELLI, R. F. L.; CONEGLIAN, E. A. C. & MONDELLI, J. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Indiretas de Porcelana. *Biodonto*, v. 1, nº5, 2003.

PEUMANS, M.; VAN MEERBEEK, B.; LAMBRECHTS, P.; VANHERLE, G. Porcelain veneers: a review of literature. *Journal Dentistry*, Bristol, v.28, n.3, pg.163-177, mar., 2000.

Pincus CL. Building mouth personality. *J Calif Dent Assoc* 1938;14(4):125–9.

Dr. Roberto Yoshida & Marcos Celestrino, Brasil. Uma abordagem minimamente invasiva para corrigir diastemas, 2013.

SOARES, P. V. et al. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. Revista Odontológica do Brasil-Central, v.21, n. 58, p. 538-543. 2012.

STAPPERT, C.F.J.; Ozden, U., Gerds, T. Longevity and failure load of ceramic veneers with different preparations designs after exposure to masticatory simulation. Journal Prosthet Dentistry , v.94, n.2, p.132-139, 2005.