



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

ANA FLÁVIA FERREIRA HORDONES

Protocolo clínico passo-a-passo do tratamento estético

ARAÇATUBA
2017

ANA FLÁVIA FERREIRA HORDONES

Protocolo clínico passo-a-passo do tratamento estético

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Adriana Cristina Zavanelli

ARAÇATUBA
2017

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais, Telma e Kleber, que sempre me ensinaram o valor da educação e acreditaram no meu potencial. Apesar de todas as dificuldades nunca mediram esforços para tornar o meu sonho realidade. A eles, minha eterna gratidão por todo carinho, dedicação e amor depositado em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida e me conceder saúde durante toda a minha caminhada. Obrigada pelo dom de ser Cirurgiã—Dentista, pela família excepcional que tenho, por me rodear de verdadeiros amigos e por todas as experiências vivenciadas, que só vieram a acrescentar no meu amadurecimento.

Aos meus pais, o meu eterno agradecimento por apoiarem desde o início a minha decisão e por tornarem os obstáculos mais fáceis de serem superados. Obrigada por entenderem minha ausência em vários momentos importantes e por mesmo assim conseguirem estar presentes em todos os dias durante esses cinco anos. Vocês são os melhores exemplos de caráter, honestidade e respeito que eu poderia ter. Mãe, obrigada pela incansável preocupação, pelo carinho e por ser meu exemplo de mulher. Pai, obrigada por todo o amor e por ser minha referência, me ensinado sempre a atingir meus objetivos através do estudo. Eu amo vocês.

A minha irmã, Mariana, por exercer muito bem o papel de irmã mais velha. Obrigada por sempre me escutar e se preocupar em dizer os melhores conselhos, sendo sempre a minha melhor amiga.

As minhas avós, Lázara e Lourdes (in memoriam), agradeço por pedirem a Deus pela minha saúde e pela minha proteção. Vocês me ensinaram que com muita fé e confiança eu seria capaz de atingir todos os meus objetivos.

Aos meus amigos de Araxá, Ana Luiza, Bruna, Mariana, Isabela, Rodrigo e Yago, por serem meus verdadeiros amigos. Aprendi com vocês, através da distância, o verdadeiro significado de amizade. Obrigada por estarem sempre comigo, me aconselhando, escutando meus problemas e apoiando todas as minhas decisões. Não teria conseguido sem a ajuda de vocês.

As amizades da faculdade, Malena, Marynara, Mariana, Gabriella, Priscilla e Pedro. Só tenho a agradecer a Deus por permitir nosso encontro e tornar nossa amizade tão verdadeira e especial em pouco tempo. Agradeço a vocês por se tornarem minha família em Araçatuba, por chorarem comigo as derrotas e comemorarem as vitórias, que foram muitas. Tenho orgulho de estar formando com vocês e de olhar para o início e ver o quanto amadurecemos. A cada um o meu muito obrigado e saibam que estarei de longe torcendo sempre para o nosso sucesso.

A minha professora Orientadora, Dr^a Adriana, por toda paciência e atenção, dedicando seu valioso tempo para me orientar. Muito obrigada por suas análises e sugestões, as mesmas foram essências para a conclusão deste trabalho. Tenho muito orgulho de ser sua aluna e por compartilhar comigo um pouco do seu vasto conhecimento.

A todos os professores, que com muita dedicação nos ensinou sobre a profissão e sobre a vida. Obrigada por serem os responsáveis pela

minha formação como Cirurgiã-Dentista e por compartilharem comigo e com a minha turma conhecimentos e experiências.

Ao cursinho D.A.C.A., por ter me dado à maravilhosa oportunidade de ter sido professora de Física por três anos. Tenho orgulho de dizer que fiz parte do mais admirável programa de extensão da faculdade. Agradeço por poder contribuir com a formação de todos os alunos que tive a chance de compartilhar um pouco do meu conhecimento. Obrigada por ter me ensinado mais do que a graduação poderia oferecer, e por permitir a vivência com várias histórias de luta, garra e superação.

HORDONES, A.F.F. **Protocolo clínico passo-a-passo do tratamento estético**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

Sabe-se que a procura por estética, harmonização do sorriso, alteração de cor e formato dos dentes constituem, atualmente, os principais motivos que levam o paciente a procurar o cirurgião-dentista, para garantir assim, beleza e realização pessoal. Dessa forma, as restaurações com laminados, lentes e fragmentos utilizadas para os preparos minimamente invasivos são um importante aliado para a resolução da queixa desses pacientes. Esse trabalho apresenta um caso clínico e uma breve revisão de literatura apontando as principais indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens de se realizar esse tipo de tratamento. Isto posto, o caso clínico demonstra o protocolo passo-a-passo desde o planejamento, execução e acompanhamento do paciente, uma vez que a cerâmica selecionada juntamente com o planejamento e os preparos minimamente invasivos apresentou um resultado altamente estético e devolveu conforto e saúde para a paciente.

Palavras-chaves: Estética. Cerâmica. Lentes de contato. Preparo ultraconservador.

HORDONES, A.F.F. **A step-by-step clinical protocol for esthetic treatment.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

It is known that the search for esthetics, harmonization of the smile, alteration of color and shape of the teeth are currently the main reasons that lead the patient to seek the dental surgeon, to ensure, beauty and personal fulfillment. Thus, restorations with laminates, lenses and fragments used for minimally invasive preparations are an important ally for the resolution of these patients' complaints. This paper presents a clinical case and a brief literature review pointing out the main indications, contraindications, advantages and disadvantages of performing this type of treatment. Thus, the clinical case demonstrates the step-by-step protocol from the planning, execution and follow-up of the patient, since the ceramics selected together with the planning and the minimally invasive preparations presented a highly esthetic result and returned comfort and health to the patient.

Key words: Esthetics: Esthetics. Ceramics. Contact lenses. Ultraconservative preparation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Aspecto clínico inicial.....	36
Figura 2.	Enceramento diagnóstico.....	38
Figura 3.	Ensaio estético realizado por meio da técnica de mock up.....	39
Figura 4.	Guias de orientação de desgaste.....	40
Figura 5.	Preparos conservadores: vista frontal.....	41
Figura 6.	Afastamento do tecido gengival com fio retrator.....	42
Figura 7.	Molde com todos os preparos e terminos registrados e evidentes.....	42
Figura 8.	Seleção de cor.....	43
Figura 9.	Paciente com provisórios instalados.....	44
Figura 10.	Aspecto clínico intraoral final.....	46
Figura 11.	Resultado final.....	47
Figura 12.	Placa estabilizadora.....	48
Figura 13.	Acompanhamento após um ano.....	48

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Objetivo.....	14
3. Metodologia.....	15
4. Breve Revisão de Literatura.....	16
5. Relato de Caso.....	36
6. Discussão.....	49
7. Conclusão.....	55
Referências.....	56

1. INTRODUÇÃO

Na Odontologia atual os níveis de exigência dos pacientes, por padrões estéticos, tem se tornado cada vez mais elevado, uma vez que a harmonização do sorriso (MaASSING et al., 2006) é fundamental para a beleza e a realização pessoal (ZAVANELLI et al. 2015). Dessa maneira, pode-se afirmar que um dos maiores desejos dos pacientes na atualidade ao procurar um cirurgião dentista consiste em fazer alterações no formato e na cor dos dentes para garantir assim o sorriso desejado (BISPO, 2009).

Com o avanço de técnicas clínicas e aprimoramento dos materiais é possível lançar mão de tratamentos estéticos com o mínimo de invasão ao tecido dentário (BENETTI et al. 2003), garantindo assim, a satisfação do paciente em relação aos aspectos estéticos e atender as demandas funcionais. Essas restaurações, muitas das vezes, podem ser feitas limitando o preparo apenas ao nível do esmalte (MAZARO et al. 2014). Assim, quando se faz o uso de laminados com espessura entre 0,3 mm e 0,5 mm, (SAPATA et al. 2013) 95% a 100% do volume do esmalte permanecerá após a preparação e nenhuma dentina será exposta. Portanto, a execução de microlâminas, além de preservar a estrutura dentária, pode, desde que realizada dentro de um rígido protocolo clínico, garantir alta resistência, biocompatibilidade, excelentes propriedades ópticas e longevidade (FERNANDES et al., 2007).

As lentes de contato ou microlâminas são peças protéticas aplicadas sobre a região vestibular, proximal, incisal ou oclusal em dentes com mínimo ou nenhum preparo (BISPO, 2009).

Os materiais mais indicados para sua execução são as cerâmicas adesivas, assim denominadas por apresentarem composição e estrutura química que permitem a aplicação do ácido fluorídrico para se tornarem propícia aos cimentos resinosos (KANO, 2005). As propriedades ópticas como translucidez, opalescência, fluorescência associadas às propriedades mecânicas e químicas juntamente com superfície biocompatível e altamente resistente a ação de vários materiais aliada a estabilidade de cor em longo prazo fazem deste material a escolha mais adequada para as exigências clínicas das reabilitações estéticas (MAZARO et al. 2014; KIMA et al. 2009).

Dentre as indicações das lentes de contato pode-se citar: presença de dentes descoloridos resistentes a procedimentos vitais de clareamento, formas ou contornos desagradáveis, volume indesejáveis, fechamento de diastema, alinhamento dentário, restauração de malformações localizadas no esmalte, fluorose com manchas em esmalte e dentes com fraturas pequenas (TEIXEIRA et al. 2003; SIMÃO JUNIOR e BARROS, 2011). Podemos destacar também algumas indicações onde o preparo não se faz necessário, como em casos de erosão, microfraturas de borda incisal (BISPO, 2009), correções para coroas curtas e pequenas (particularmente em pacientes com lábios maiores) e alterações na textura superficial do esmalte.

As contraindicações também devem ser reconhecidas, contornadas e controladas, assim contraindicações absolutas podem se tornar relativas. As lentes de contato estão contraindicadas na distância interoclusal reduzida, sobreposição vertical profunda anteriormente sem sobreposição horizontal, bruxismo grave ou atividade parafuncional (STOLL e LOPES, 2009).

É importante lembrar que o clínico deve estar apto a desenvolver o melhor plano de tratamento e a escolher os materiais mais indicados para cada paciente, uma vez que há um aumento na demanda por esse tipo de intervenção (FREITAS et al., 2005). Portanto, deve-se ressaltar que o sucesso de qualquer tratamento reabilitador só será possível desde que haja um cuidadoso planejamento aliado ao conhecimento dos materiais e das técnicas clínicas e laboratoriais disponíveis seguindo um rígido protocolo de execução (CUNHA et al. 2013).

2. OBJETIVO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo apresentar um caso clínico sobre restaurações minimamente invasivas, tendo como foco principal suas indicações, contraindicações, citando suas vantagens e desvantagens e apresentando um protocolo de execução passo a passo.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho constituiu em pesquisas de livros e artigos a partir do ano 2000 nas bases de dados pubmed, bireme, periódicos da CAPES e revistas odontológicas disponíveis online. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: lentes de contato, estética, laminados e preparo ultraconservador. Foram selecionados 50 artigos, sendo o critério de exclusão: trabalhos antes de 2000 e trabalhos que não avaliaram os preparos minimamente invasivos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Influenciados pela mídia e por padrões estabelecidos pela sociedade a que pertencem, onde dentes claros, alinhados e harmônicos significam sucesso, saúde e bem estar, as pessoas exigem resultados que melhore seu sorriso, o qual se enquadra em um contexto maior, que é a face, porção do corpo mais exposta e de maior influência no relacionamento não verbal, a expressão facial (MASSING et al., 2006).

Entre várias opções de tratamento com finalidade estética, as restaurações minimamente invasivas vieram suprir uma demanda de procedimentos que fossem mais conservadores que as coroas totais, possibilitando condições estéticas com menor desgaste dentário (BENETTI et al., 2003).

Muitos clínicos e pacientes têm buscado resultados estéticos nas restaurações minimamente invasivas. Com o uso dessas técnicas, é possível obter resistência, adaptação marginal precisa, baixas taxas de desgaste, além da estética altamente satisfatória (FERNANDES et al., 2007).

A possibilidade de um menor desgaste de estruturas dentais sadias, fez com que essas técnicas de restauração tenham sido indicadas e aprovadas em larga escala nos últimos dez anos (MENDES et al., 2004).

Os laminados, “lentes de contato” /fragmentos cerâmicos são restaurações parciais que visam recobrir as superfícies vestibulo-proximais e, eventualmente, incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores; quando 2/3 ou mais da estrutura está comprometida, procurando corrigir discrepâncias

de cor, forma, textura, função e posicionamento dos elementos na arcada dentária (BISPO, 2009).

Para STOLL e LOPES (2009), as alterações de cor dos dentes, posição, tamanho, forma são fatores que afetam negativamente a estética. E através de finas lâminas de cerâmica cimentadas adesivamente à estrutura dental, dá-se a ideia de reposição do esmalte dentário integro.

O aumento da resistência das peças relativamente frágeis após os procedimentos adesivos possibilitou sua utilização em casos clínicos que envolvessem transformação de forma, fechamento de espaços, reconstruções dentais, recuperação cromática dental e outros problemas clínicos comuns (HIRATA, HIGASHI e VIEIRA, 2009).

Segundo Hirata et al. (2009), a possibilidade da confecção dessas lâminas, preservando e conservando uma boa quantidade de tecido biológico se deu principalmente pela introdução de novos materiais cerâmicos aliado ao aprimoramento de novas técnicas de cimentação.

A indicação de laminados, “lentes de contato”/ fragmentos cerâmicos como alternativa restauradora vem crescendo diariamente devido à evolução das técnicas e materiais (SOARES e SOARES, 2011).

Tal técnica só evoluiu a partir do condicionamento ácido das cerâmicas por ácido fluorídrico e sua união estável e duradoura ao esmalte dental através de técnicas adesivas apropriadas. (KANO, 2005)

Segundo Coelho et al. (2013), um aspecto fundamental para a preservação de tecido dental é a evolução dos sistemas adesivos. Seu

desenvolvimento, associado à capacidade de tratamento de superfície da cerâmica, para assim obter alta união aos tecidos dentais, tornou possível restaurar dentes anteriores comprometidos, por meio de laminados e lentes de contato dental.

As restaurações minimamente invasivas apresentam inúmeras vantagens, pois reúnem as qualidades dos compósitos, como a capacidade de ser colado ao substrato dental, e das cerâmicas, como a estabilidade da cor e textura, alta resistência, expansão térmica, durabilidade e rigidez semelhante ao esmalte dental além de uma grande reprodutividade estética (SIMÃO JUNIOR e BARROS, 2011).

Tais propriedades e condições clínicas, segundo Cardos et al. (2011), são obtidas pela obediência ao protocolo de diagnóstico, planejamento e confecção das peças protéticas no processo clínico intra e extra bucal e pela técnica laboratorial despendida pelo ceramista.

Fatores como posição dental, idade do paciente, oclusão e nível de pigmentação devem ser considerados antes da escolha do tipo de preparo ser executado, bem como fatores clínicos e etiologia das alterações de cor e forma (HIRATA et al., 2009).

Alguns passos também devem ser precedidos, e irão determinar o sucesso do trabalho. Remoção de tecido cariado, substituição de restaurações deficientes ou pouco confiáveis, instalação de pinos intra-canaís e reconstrução do elemento devem ser realizados antes de determinar o preparo dental (MONDELLI et al., 2003).

O desgaste uniforme é um dos requisitos fundamentais para a realização dos preparos minimamente invasivos. A realização de um preparo adequado, com a quantidade de desgaste suficiente para a preservação da estrutura dentária e a obtenção da estética, é um fator crítico onde a quantidade de desgaste está diretamente relacionada à espessura requerida para o material restaurador e sua adesividade a peça (BOTTINO et al., 2009).

O preparo ideal é aquele que possibilita minimizar o desgaste dental requerido, determinado totalmente dentro da estrutura do esmalte, com margens nítidas e bem definidas, a fim de proporcionar adequado condicionamento do esmalte, selamento e retenção para as restaurações (SIMÃO JUNIOR e BARROS, 2011).

O preparo sendo totalmente realizado em esmalte é um fator que ajuda no sucesso da adesão das restaurações. Segundo Seymour et al., 2001, quando é preservado 0,5mm de esmalte em um preparo, a adesividade dente-cerâmica é aumentada sensivelmente.

Outro aspecto que merece atenção é o impacto de um provável sobrecontorno, causado pelo uso de peças sobre a estrutura dental não preparada ("lentes de contato"). Quando não há adequada reprodução anatômica do contorno vestibular, há maior probabilidade de haver danos periodontais e estéticos, podendo causar irritação gengival, sangramento e alteração da posição da margem gengival. Assim sendo, é necessário que o estudo prévio do caso seja realizado, a fim de se verificar a viabilidade da execução de uma ou outra técnica (FIALHO et.al., 2013).

2.1.1 Classificação:

Conceição (2007) classificou as restaurações minimamente invasivas de forma objetiva e didática, quanto a:

- ☐ Profundidade do preparo: sem desgaste dental, desgaste em esmalte e desgaste em esmalte e dentina;

- ☐ Extensão da lâmina cerâmica: parcial, total e total com recobrimento incisal;

- ☐ Cor do dente a ser restaurado: sem alteração de cor, com moderada alteração de cor e com acentuada alteração de cor.

Segundo Fuso et al. (2013), são classificadas de acordo com a sua extensão, podendo ser:

- ☐ Preparo Parcial (Fragmentos) – desgaste é feito somente em regiões que impeçam a adaptação das lâminas.

- ☐ Preparo Ultraconservador (“Lentes de Contato Dental”) – desgaste é feito somente em regiões que impeçam a adaptação das lâminas, como imperfeições e ondulações do esmalte.

- ☐ Preparo Conservador (Laminados Cerâmicos) – desgaste na face vestibular do dente podendo ter preservação ou não dos contatos proximais e recobrimento da face incisal ou confecção de chanfro palatino/lingual.

2.1.1 “Lentes de Contato” /Fragmentos Cerâmicos:

- ☐ Espessura:

As “lentes de contato” são lâminas ultrafinas, e foram assim chamadas devido a sua espessura ser comparável a das lentes de contato oculares (FRANCCI, 2011).

As restaurações tipo “lente de contato” (desgaste dental mínimo ou ausente) trazem resistência suficiente em espessura diminuta, como 0,2mm, desde que aderidas ao substrato dentário. Este nome faz alusão à espessura delgada das lentes de contato oftalmológicas (FRANCCI et al., 2013).

São peças cerâmicas delicadas, com preparo minimamente invasivo ou sem preparo, que serão usadas como restaurações indiretas, com espessura de 0,2mm a 0,4mm e devem ser encaixadas sobre a estrutura dental sadia, preferencialmente em esmalte (TEIXEIRA et al., 2003).

Para Sapata et al. (2013) as lâminas ultrafinas que não requerem desgastes, também conhecidos por “lentes de contato”, não ultrapassam a espessura de 0,3mm a 0,5mm.

Com a evolução dos materiais e o domínio das técnicas de cimentação têm-se cada vez mais trabalhos estéticos com preparos minimamente invasivos: total (“Lentes de Contato”) e parcial (Fragmentos) à estrutura dental (DEVES, 2012).

Hoje é possível trabalhar com lâminas de porcelana de 0,3mm de espessura com desgaste mínimo do esmalte, são as chamadas “lentes de contato”. Essas, além de proporcionar uma longevidade clínica confiável pela união cerâmica-esmalte dão ao clínico segurança na estabilidade da cor e

capacidade de reproduzir com fidelidade os dentes naturais (MEZZALIRA, 2011).

Atualmente os novos sistemas cerâmicos apresentam alta estética e maior resistência, possibilitando a realização de preparos minimamente invasivos e restaurações de espessura muito delgada. A técnica preconiza a utilização de finas lâminas cerâmicas (“lentes de contato”), com espessura que varia de 0,2mm a 0,5mm sobre estrutura dental com mínimo ou nenhum desgaste (CARDOSO et al., 2011).

Segundo Dimatteo (2009), as “lentes de contato”, devem apresentar espessura menor que 0,5mm podendo ser fabricadas com a espessura mínima de 0,3mm. Ele também questiona se o esmalte sem nenhum preparo é adequado para todos, ou a maioria, dos pacientes, defendendo que a maioria dos planos de tratamento exigem mais preparos do que está implícito no marketing de “nenhum preparo”.

Já, Kina e Bruguera (2008), definiram o nível de desgaste de “lentes de contato” /fragmentos, a espessura de 0,1mm na cervical, 0,3mm a 0,5mm no meio da peça e 0,7mm a 1,0mm na incisal, sem que haja fratura.

□ Indicações:

A finalidade das “lentes de contato” dental é restabelecer o volume vestibular e a anatomia adequada ao elemento dentário, sem desgaste grande desgaste ou nenhum desgaste e com comprovada durabilidade, enfim, complementar a anatomia de dentes hígidos com alteração de forma (STOLL e LOPES, 2009).

São indicadas para restauração de guias caninas; reconstrução de terço incisal de dentes anteriores; cavidades Classe V e fechamento de pequenos diastemas (FUSO, et al., 2013).

Magne e Belser (2003) citaram como indicação, triângulos interdentais escuros (“black spaces”), que podem ser corrigidos utilizando “mini asas” (fragmentos dentais cerâmicos).

Kina (2009) descreveu em seu livro, a indicação de fragmentos cerâmicos para compensar o tamanho mesio/distal de dois elementos dentais vizinhos, e assim conseguir o fechamento do diastema.

Segundo Deves (2012), as lentes de contato são indicadas para as seguintes situações: reanatomizar dentes anteriores, modificar dentes expulsivos, dentes lingualizados e pequenos, restabelecer volume vestibular, pequena mudança de cor, mascarar restaurações de Classe II IV e V, fechamento de diastemas, restaurar borda incisal lascada, corrigir desalinhamento e rotação de dente anterior e recobrir restaurações de porcelana ou metalocerâmica.

Gurel (2007) acredita que as melhores indicações para este tipo de técnica, são os casos de dentes perfeitamente alinhados na arcada dentária e que necessitem aumentar o volume vestibular.

Ross (2003) leva em consideração como indicação, dentes anteriores com resina composta, onde a “lente de contato” recobrirá a resina e impedirá que o dente venha a manchar, além de torná-lo mais durável. Isso porque o autor considera que as lâminas de porcelana se comportam como um

material estético, uma superfície estética e não um material restaurador, com superfície porosa.

Pacientes com dentes pequenos ou lingualizados são considerados candidatos ideais para a confecção das “lentes de contato” (JAVAHERI, 2007).

Segundo Francci (2011), as “lentes de contato” são indicadas para reanatomizar dentes anteriores após tratamento ortodôntico e também em casos onde se restringe apenas a tornar os dentes expulsivos, com mínimo desgaste em esmalte.

Para Lowe (2010), a ausência de preparo nos casos de “lente de contato” só é possível para dentes específicos como: dentes com pequenos espaços interproximais ou ainda ligeiramente lingualizados, sendo este tipo o mais apropriado.

Pequenas alterações de forma, posição, simetria, cor, textura de superfície e desenvolvimento de guia canina e incisal são algumas das indicações citadas por Teixeira et al. (2003).

As restaurações com preparos minimamente invasivos (“lentes de contato” e fragmentos dentais cerâmicos) representam a primeira escolha, quando a resolução estética é primordial ou solicitada pelo paciente. Com elevado grau de previsibilidade, as restaurações são indicadas em casos onde há a necessidade de correções que envolvam mudanças na forma, cor e posição dos dentes, como é o caso de fechamento de pequenos diastemas (BAZONE FILHO et al., 2013)

Para Mandarino (2003), em muitos casos onde o dente se encontra em posição adequada e com ausência de pigmentações, pode se conseguir a remoção mínima de esmalte no elemento dental e assim restaura com “lentes de contato” dental.

Garone (2008) citou em seu trabalho, como indicação, o aumento de tamanho de dentes curtos e íntegros para melhoramento da estética.

A maior indicação para a técnica de lâminas cerâmicas ultrafinas são dentes que apresentam pouco volume vestibular, de preferência com bossa pouco evidentes, com dimensões reduzidas, presença de leves diastemas anteriores e dentes lingualizados (SAPATA et al., 2013).

□ Contraindicações:

As “lentes de contato” estão contraindicadas em casos onde há necessidade de alteração de cor, ou seja, dentes muito escurecidos por trauma ou tratamento endodôntico, em virtude da sua mínima espessura, são translúcidas (STOLL e LOPES, 2009)

A fina espessura das “lentes de contato” e a cor do substrato dental podem comprometer o resultado estético final, por isso não é indicado para dentes excessivamente escurecidos em que a técnica de clareamento não tenha sido efetiva (CARDOSO et al., 2011).

Algumas manchas mais severas, como as causadas por tetraciclina, podem não ser mascaradas com o uso de laminas ultrafinas

(“Lentes de Contato”), requerendo maior desgaste da estrutura, a fim de garantir maior espessura da lâmina cerâmica (JAVAHERI, 2007).

□ Vantagens:

Inúmeras vantagens impulsionaram a popularização de tal técnica, como por exemplo, ausência (ou quase) de desgaste do elemento dental, redução do risco de sensibilidade pós-operatória, moldagem facilitada, não precisando de fio afastador durante a moldagem para confecção das “lentes”, sem necessidade de elementos provisórios e maior aceitabilidade por parte do paciente, por se tratar de um procedimento praticamente indolor e “reversível”, tanto em eventual insatisfação do paciente como em possível futura necessidade de substituição (SAPATA et al., 2013).

Vieira (2005) adotou o preparo denominado de “lente de contato”, o qual considerou o mais vantajoso por ter menor desgaste de estruturas dentais, não necessitar de redução incisal, tão pouco romper pontos de contato.

Kina (2009) apresentou como grande vantagem das “lentes de contato” a possibilidade de executar a técnica de restauração sem a necessidade de preparos (o preparo por sua vez, se limita a profilaxia das estruturas dentárias, em particular, das regiões cervicais interproximais, pois na presença de diastemas, com frequência, apresentam acúmulos de cálculos, que não são percebidos visualmente).

Soares e Soares (2011), em seu estudo, descreveram como sendo vantagens das “lentes de contato”: a ausência de anestesia e de

sensibilidade pós-operatória, superior aceitação do tratamento entre os pacientes, conservação da estrutura dental.

Para Javaheri (2007), o não preparo do dente traz vantagens significativas, incluindo a ausência de anestesia e de sensibilidade pós-operatória, mínimo estresse flexional, como a peça é cimentada sobre o esmalte, possibilita longa duração e possível reversão.

As “lentes de contato” apresentam resistência ao desgaste, biocompatibilidade, maior longevidade do tratamento, sendo que em alguns casos específicos, não há necessidade de realização do preparo dentário. A grande vantagem de não desgastar o dente, é que a lâmina de porcelana tem maior adesão ao esmalte do que na dentina, aumentando a resistência de união. Tem se ainda a vantagem de ser uma restauração supragengival em que os tecidos moles não estão envolvidos, facilitando assim a higienização por parte do paciente. E para finalizar, tem se a vantagem de não precisar de provisórios (DEVES, 2012).

Malcmacher (2005), disse que são obvias as vantagens de se utilizar “lentes de contato”. Devido ao seu mínimo preparo, não haverá prejuízo algum para a polpa dental e, portanto, nenhuma sensibilidade pós-operatória, pois o preparo estará íntegro, tendo assim melhor chance de sucesso a longo prazo.

Mendes et al. (2004) consideraram os preparos menos invasivos como preparos que consomem menos tempo de trabalho além de serem preparos com uma maior aceitação por parte do paciente devido ao menor desgaste da estrutura dental. São extremamente duráveis e permitem

ser preparos supra-gengivais, o que leva a uma melhor resposta do tecido periodontal, sem contar uma menor retenção de placas bacterianas.

Para Strassler (2007), os tratamentos ultraconservadores são vantajosos, pois não requererem a confecção de elementos provisórios, o que reduz ainda mais o custo e o tempo total do trabalho, além de ter uma maior facilidade de reversibilidade, tanto em eventual insatisfação do paciente, como em possível futura necessidade de substituição.

A confecção de restaurações provisórias durante os procedimentos laboratoriais para a restauração definitiva é um procedimento que demanda tempo e habilidade para que se possa proporcionar ao paciente conforto e estética razoável. Os provisórios poderão ser preteridos em casos onde houver um desgaste mínimo do esmalte, cuidando sempre para que o paciente esteja de acordo com a decisão (FIORINI, 2004).

Segundo Baratieri et al. (2003), o fato de o método para executar as “lentes de contato” ser minimamente invasivo, em que o preparo geralmente, fica totalmente confinado ao esmalte, constitui-se numa das maiores vantagens. Ainda segundo os autores a execução das “lentes” pode ser feita sem a necessidade de anestesia, o procedimento de moldagem não necessita de fio afastador do tecido gengival, sendo geralmente, mais fácil e rápido.

Já Kina (2009) considerou que apesar de não haver preparos dentários ou haver mínimos preparos, o fio afastador nas moldagens é bastante importante para os procedimentos laboratoriais, auxilia na troquelização do modelo, na visualização dos contornos proximais e vestibular,

permitindo um perfil de emergência mais adequado, melhorando assim as condições de trabalho do técnico. Outro ponto descrito pelo autor como vantagem da técnica de confecção das “lentes de contato” é a aplicação do adesivo na fase de cimentação, uma vez que o adesivo deve ser polimerizado com a peça e o cimento em posição, o que impede que o adesivo fique em excesso e prejudique o assentamento da cerâmica além de diminuir o tempo de trabalho. 20

□ Desvantagens:

A cimentação adesiva das “lentes de contato” apresenta uma alta sensibilidade técnica, e erros nos procedimentos adesivos e assentamento das peças como posição errada e fraturas devido à espessura não são raros. Por isso, em sequência, a cimentação deve ser feita uma a uma, evitando trabalhar várias lâminas ao mesmo tempo, o que demanda um maior cuidado e tempo (KINA, 2009).

Mclauren (2006) relatou dificuldades na técnica de confecção para o laboratório de prótese, uma vez que as laminas de 0,3mm de espessura que envolvia borda incisal, apresentavam fissuras na hora da polimerização do cimento.

Como desvantagem Mendes et al. (2004), salientaram a dependência de técnicos qualificados, pois a parte laboratorial é mais difícil e frágil o manuseio, além da possibilidade de reparo mínima após a cimentação.

Outra desvantagem das “lentes de contato” é a questão da fragilidade do material antes de ser fixado aos dentes, qualquer descuido pode causar trincas e fraturas. (BARATIERI et al., 2008)

2.2 Prognóstico do Tratamento:

A longevidade dos laminados, “lentes de contato” /fragmentos cerâmicos vem sendo questionada pelos pesquisadores desde a sua criação. A cada aperfeiçoamento da técnica são realizados mais estudos dos quais tem se observado o aumento da durabilidade da restauração e melhora das suas propriedades de resistência e estética. E apesar de haver uma taxa, mesmo que pequena de falhas e fracassos, elas ocorrem principalmente por erros no protocolo técnico (GONZALEZ et al., 2011).

O sucesso clínico das restaurações cerâmicas depende da observância de diversos fatores, desde a correta indicação e o planejamento do caso, até a manutenção e o acompanhamento posterior. A inobservância de qualquer das etapas de confecção da restauração, irá diminuir sua longevidade. Assim, o conhecimento das propriedades do material utilizado, de sua forma correta de utilização e de seu preparo é fator decisivo para obtenção de um desempenho satisfatório do tratamento realizado (FREITAS et al., 2005).

Um correto planejamento do caso é de fundamental importância para o sucesso do resultado final, principalmente pela preservação da estrutura dental (SOARES e SOARES, 2011). Este possibilita a previsibilidade do tratamento, permitindo que possíveis falhas sejam minimizadas (GONZALEZ et al., 2011).

Massing et al. (2006) mostraram um índice de sucesso alcançando 95% em um período de 5 anos e com uma quantidade de desgaste mínima. Porém sendo necessário para isso o domínio da técnica, conhecimento dos materiais utilizados, e noções de estéticas, prerrogativas

que devem acompanhar o técnico, assim, por meio de bom relacionamento e perfeita troca de informações para que o laboratório proporcione maior estética e funcionabilidade à peça protética.

Straussler (2007) defende que estudos de longo prazo têm demonstrado 94% de sucesso no tratamento minimamente invasivo. No entanto, ele ressalta que, embora a conservação da estrutura do dente seja importante é imprescindível um adequado plano de tratamento específico para cada paciente para assim alcançar êxito no resultado final.

Kina e Bruguera (2006) relataram que os estudos clínicos de acompanhamento longitudinal mostram números definitivos de sucesso, variando de 90% a 95% em dez anos de avaliações.

Hekimoglu, Amil e Etikan (2000), acreditaram que um dos maiores problemas, a longo prazo, era a alteração de cor do cimento resinoso, que poderia aparecer nas margens. Os fatores que podem contribuir para a alteração de cor dos cimentos resinosos são acúmulo de corantes, desidratação, sorção de líquidos, infiltração, adesão fraca, rugosidade na superfície, degradação química ou física, oxidação que produz peróxidos coloridos.

Para Kina et al. (2007), dentes despulpados são mais frágeis, sendo necessária avaliação da necessidade ou não de reforços da estrutura coronal por meio de pinos. Esses dentes são passíveis de alteração de cor com o passar do tempo.

Peumans et al. (2000), em uma revisão cuidadosa da literatura, concluíram que tanto estudos laboratoriais como clínicos indicam que os

preparos minimamente invasivos são restaurações duráveis, que resistem às situações clínicas quando corretamente indicadas. Tem uma excelente casuística, estes procedimentos atingem alto índice de sucesso clínico e de satisfação estética.

Coelho et al. (2013), afirmaram que o cuidadoso planejamento seguido de sua criteriosa execução garantem a previsibilidade e o sucesso a longo prazo das reabilitações anteriores com restaurações minimamente invasivas.

Magne e Belser (2003) consideraram a porcelana um material biomimético, isto é, que reproduz com grande fidelidade o esmalte dental, com sua característica estética e mecânica, desta forma proporcionando satisfação e durabilidade ao tratamento.

Morimoto et al. (2016), analisaram a taxa de sobrevivência de laminados de porcelana e vitrocerâmica ao longo de 10 anos após a instalação. O estudo foi feito a partir de observações clínicas e as complicações encontradas foram: descolamento, fratura/ trincas, cárie secundária, problemas endodônticos e descoloração marginal severa. A sobrevida estimada para a vitrocerâmica foi de 94%, e para folheados feldspáticos de porcelana. A fratura foi a complicação mais frequente, evidenciando que os folheados cerâmicos são uma opção de tratamento e que preserva a estrutura dentária.

Pimentel et al. (2015), demonstraram um caso clínico com objetivo de elucidar a importância de um bom planejamento nos tratamentos com laminados cerâmicos através da fotografia e documentação intraoral permitindo a demonstração para o paciente. Os autores descreveram os

procedimentos passo a passo e devolveram forma e fonética com restaurações minimamente invasivas deixando o paciente satisfeito com o resultado estético final.

Cunha et al. (2013), relataram um caso clínico de um paciente que possuía pouco desgaste nos dentes incisivos superiores, porém havia alteração de cor devido a hipoplasia de esmalte alterando, assim, a estética. Os autores descreveram o tratamento passo a passo enfatizando a realização do preparo em nível de esmalte e orientaram o paciente a manter controle periódico para o sucesso a longo prazo de tratamento.

Korkut et al. (2013), descreveram as preferências dos cirurgiões dentistas por laminados de porcelana e seu sucesso clínico quando há preparos minimamente invasivos ao invés de preparos maiores e cimentação de coroas totais. Os estudos foram feitos em três pacientes com problemas estéticos relacionados a fraturas, descolorações e foram discutidos os resultados após seis meses de acompanhamento. Como conclusão, obtiveram que restaurações minimamente invasivas são mais satisfatórias em relação a estética e conservação do elemento dental.

Gonzales et al. (2011), estudaram para avaliar a taxa de sobrevivência de folheados laminados cerâmicos ligados a dentes com restaurações compostas já existentes. O estudo foi realizado em vinte pacientes que receberam laminados com sobreposição as restaurações com resina composta antes presentes e o exame foi realizado após seis meses. No total, foram encontradas cinco falhas absolutas, resultando em uma taxa de

sobrevivência de 94,6%. Concluíram então, que ainda assim a taxa de sobrevida dos laminados foi alta.

Gonzales et al. (2011), relataram um caso clínico passo a passo propondo a cimentação das peças com pequenos preparos dentais, apenas em nível de esmalte, sem levar esse mesmo preparo das faces proximais até a palatina para que o encontro da peça com a estrutura dental não fique perceptível. Concluíram dessa maneira que além da maior satisfação dos pacientes as restaurações de porcelana possuem taxa de sobrevida maior.

Freire et al. (2010), descreveram um caso clínico passo a passo para tratamento do dente 11 que apresentava altamente escurecido. O tratamento foi realizado com preparo apenas em nível de esmalte e a peça foi cimentada após a aprovação do paciente. Os autores descreveram toda a técnica clínica e laboratorial e relataram também queixa do paciente dois anos após a cimentação devido a alteração de cor da peça.

Rotoli et al. (2009), descreveram a importância das indicações e contra-indicações dos laminados cerâmicos para o sucesso do tratamento. Relataram, dessa maneira, um caso clínico passo a passo onde o paciente se queixava da estética de seu sorriso. Foi estabelecido um protocolo de clareamento e substituição das restaurações insatisfatórias. Em seguida, a técnica de mock-up foi empregada no momento da preparação do dente. Concluíram que só há garantia de sucesso quando há uma boa indicação juntamente com o planejamento correto.

Peumans et al. (2000), revisaram a literatura em busca de fatores que remetem a durabilidade do tratamento de médio e longo prazo com

laminados de porcelana. A análise foi realizada envolvendo tratamentos realizados nos últimos 10 anos e alguns aspectos foram revistos. Verificou-se que o complexo adesivo na porcelana é um complexo muito forte in vitro e in vivo. Obtiveram uma adesividade ótima, especialmente se a preparação estivesse completamente em esmalte e se os procedimentos corretos de tratamento com adesivo fossem realizados adequadamente.

5. RELATO DO CASO

Paciente C.M, 34 anos, sexo feminino buscou atendimento na clínica de prótese parcial fixa se queixando da cor, forma e assimetria presentes na região superior anterior, como se pode observar na fotografia do sorriso na Figura 1.

Assim como a maioria dos pacientes que chegam ao consultório com essa mesma queixa, a paciente tinha consciência de que seu sorriso não era estético e que isso afetava na interação social, de maneira que a fez procurar o tratamento em busca da devolução da harmonia do sorriso.

Figura 1. Aspecto clínico inicial



O exame clínico avaliou a paciente, o sorriso, o contorno gengival, forma dos dentes e até seu perfil psicológico. Também foram utilizados exames complementares, como exames radiográficos e fotografias do sorriso e dos dentes. Desta maneira, podemos observar a exposição dental, a altura e largura do sorriso além de avaliar o posicionamento e simetria entre os dentes suas formas, contornos e proporções. A fotografia auxilia no registro de pequenos detalhes, como a textura, definição dos mamelos, cristas marginais e áreas de translucidez, presentes principalmente nos dentes de pacientes jovens.

Após analisar os exames clínico, radiográfico e fotográfico, e claro, levando em consideração a queixa da paciente, o plano de tratamento escolhido foi a confecção de laminados cerâmicos em dissilicato de lítio nos elementos 12, 11, 21 e 22.

Foi explicado para a paciente a necessidade e a importância de se fazer fotografias, confeccionar modelos de estudo, enceramento diagnóstico, ensaio estético e discutidas as expectativas da paciente em relação ao tratamento.

O tratamento foi iniciado com a realização da moldagem utilizando-se silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack Badia Polesine, Rovigo, Itália), em que foi vazado gesso pedra tipo III (Gesso-Rio, Orlando Antonio Bussioli – ME, Rio Claro, Brasil) para obtenção dos modelos 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 (Figuras 2).

Figuras 2. 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 (Clonage Denso – Nova DFL) 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, consequentemente, 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 mesio-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 restaurações. Deve-se ressaltar que todo o preparo realizado foi minimamente invasivo, removendo áreas retentivas. As regiões interproximais foram suavemente reduzidas, os ângulos vivos arredondados e as superfícies vestibulares suavemente

planificadas. Dessa forma, iniciou-se o preparo utilizando a ponta diamantada 4142 (KG Sorensen) para confecção dos sulcos de orientação na horizontal e nas vestibulares dos incisivos. Para a união e uniformização dos sulcos foi utilizada a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen). Nas regiões onde o preparo foi mínimo, utilizou-se a ponta diamantada 2135 – F (KG Sorensen), que posteriormente também foi utilizada para o acabamento do preparo. Nas regiões interproximais o preparo foi realizado com a 1190 – F (KG Sorensen). O acabamento e refinamento foram realizados com discos grossos Softflex (Pop on, 3M ESPE) assim como para a remoção de irregularidades na superfície dos preparos (Figura 5).

Figuras 4. Guias de orientação de desgaste



Figura 5. Preparos conservadores: vista frontal



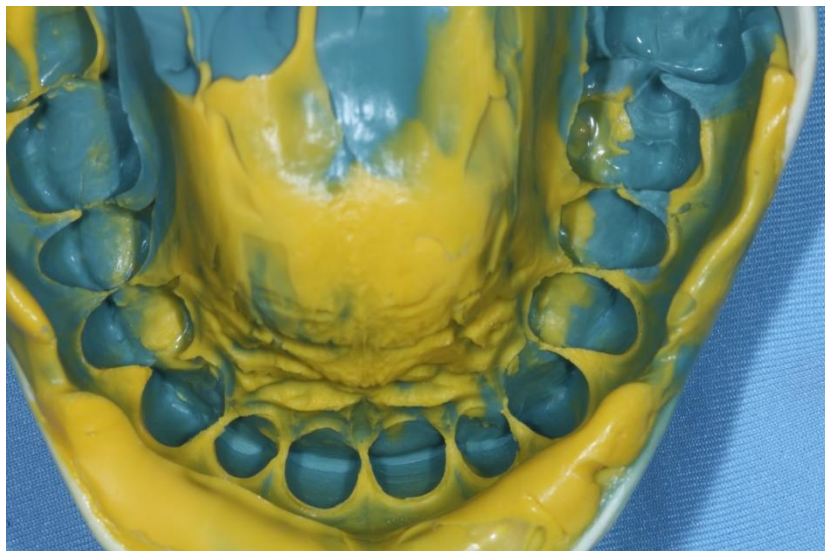
Com os preparos devidamente finalizados, optou-se pela técnica de moldagem simultânea utilizando silicone de adição (Silagum, DMG, Hamburgo, Alemanha) com (Honigum, DMG, Hamburgo, Alemanha). Para afastamento do tecido gengival foi utilizado fio de retração #000 (Ultrapak, Ultradent Products, South Jordan,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

Figura 6. Afastamento do tecido gengival com fio retrator



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

Figura 7. Molde com todos os preparos e términos registrados e evidentes.



Após o ato da moldagem, foram realizadas as tomadas fotográficas para a seleção de cor. Foi registrada a cor do substrato preparado (A2) e a cor desejada final (A1) das peças protéticas (Figura 8).

Figura 8. Seleção de cor



O molde foi enviado para o laboratório (Laboratório JC) 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, juntamente com a orientação de confeccionar as peças em dissilicato de lítio injetado (IPS e.max Press, Ivoclar Vivadent).

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 (Figura 9).

Figura 9. Paciente com provisórios instalados



Na sessão seguinte, com as peças em cerâmica já prontas, removeu-se os provisórios, foi realizado a profilaxia com escovas microtuft e pedra pomes e as lentes foram colocadas em posição para conferir sua adaptação, que foi aprovada. A esta etapa denominamos prova seca.

Então, realizou-se a prova clínica para seleção da cor do cimento a ser utilizado com pastas try-in (Variolink Veneer, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça). Diversas cores foram testadas, as de valor 0, +1 e -1 até selecionarmos juntamente com o paciente a cor do cimento de valor 0 para a cimentação final.

Enfim, deu-se início a preparação das peças e do substrato dental para a cimentação definitiva. A superfície interna das peças após remoção da pasta try in 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 ácido fosfórico a 37% durante 1 minuto ativamente e,

novamente, lavado e seco para receber o Silano (Monobond N, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça) aguardando 1 minuto.

O substrato dental foi preparado com ácido com ácido fosfórico a 37% (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil) por 30 segundos, lavados e secos para em seguida receber a aplicação do adesivo (Tetric N Bond, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechstein, Suíça). Não foi realizada a 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 e tiveram os excessos de cimento removidos com pincel e fio dental e enfim polimerizadas por 20 segundos em cada face no modo high utilizando fotopolimerizador Bluephase (Ivoclar Vivadent).

Com papel carbono (Accu-Film II, Parkell, Nova York, NY, Estados Unidos da América) foram identificadas as interferências oclusais e realizados os devidos ajustes. Após os ajustes as regiões desgastadas foram rigorosamente polidas com pontas na sequência cinza, azul e rosa (DhPro).

Os excessos que ainda restavam foram eliminados com removedor de excessos (SS White Duflex, Juiz de fora MG, Brasil) para a superfície vestibular e tiras de lixas abrasivas para a superfície proximal, seguido da aplicação de gel de glicerina nas margens das restaurações (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 (Figuras 10 e 11).

Figuras 10. Aspecto clínico intraoral final



Figura 11. Resultado final



Sabe-se que a paciente possuía apertamento e apresentava dor. Dessa forma, logo após a cimentação das peças foi instalada uma placa estabilizadora (Figura 12). Após um ano a paciente retornou a clínica para acompanhamento do tratamento (Figura 13).

Figura 12. Placa estabilizadora



Figura 13. Acompanhamento após um ano



6. DISCUSSÃO

Os preparos minimamente invasivos tais como laminados, “lentes” e fragmentos têm se mostrado uma alternativa de tratamento bem sucedida, tanto no restabelecimento da estética dental, quanto como recurso reabilitador da função mastigatória (FUSO et al., 2013).

Consiste no recobrimento da face vestibular do esmalte dental por um material restaurador, fortemente unido ao elemento dentário por intermédio dos recentes avanços dos sistemas adesivos (MAGNE e BELSER, 2003; BISPO, 2009).

Estas modalidades de restaurações com finalidade estética vieram suprir uma demanda de procedimentos que são mais conservadores e que utilizem um menor desgaste de estruturas dentais sadias (BENETTI et al., 2003; MENDES et al., 2004).

Diversas situações clínicas que só eram resolvidas com tratamentos protéticos invasivos, hoje, podem ser solucionadas perfeitamente com materiais restauradores adesivos, com mínimo ou nenhum desgaste dentário. E assim, é possível melhorar a aparência dos dentes e a durabilidade de um tratamento estético usando restaurações minimamente invasivas.

A possibilidade da confecção de preparos com um menor desgaste ou mínimo possível, se deu devido ao aumento da resistência das peças relativamente frágeis pela introdução de novos materiais cerâmicos (HIRATA et al. 2009; SOARES e SOARES, 2011) e após os avanços das técnicas adesivas apropriadas (KANO, 2005; HIRATA et al., 2009; STOLL e

LOPES, 2009; DEVES, 2012; COELHO et al., 2013) associadas à capacidade de tratamento de superfície da cerâmica (COELHO et al., 2013).

As restaurações minimamente invasivas apresentam as qualidades dos compósitos, como a capacidade de serem coladas ao substrato dental, e das cerâmicas, como a estabilidade da cor e textura, alta resistência, expansão térmica, durabilidade e rigidez semelhante ao esmalte dental além de uma grande reprodutibilidade estética (SIMÃO JUNIOR e BARROS, 2011; CARDOSO et al., 2011).

Como em qualquer tratamento reabilitador, deve se fazer um exame clínico preliminar para com isso, avaliar a viabilidade e previsibilidade clínica da reabilitação (BOTTINO et al., 2009; FIALHO et al., 2013). Deve ser considerado antes da escolha do tipo de preparo a ser realizado alguns fatores como a posição dental, idade do paciente, oclusão, nível de pigmentação do dente (HIRATA et al., 2009) perspectivas do paciente e aspecto financeiro. (MONDELLI et al., 2003) Assim como deve ser precedido de remoção de tecido cariado, substituição de restaurações deficientes, instalação de pinos intra-canais e reconstrução de elementos (MONDELLI et al., 2003).

A realização do preparo adequado deve ter um desgaste uniforme, suficiente para a preservação da estrutura dentária e para a obtenção da estética (FIALHO et al., 2013).

O preparo insuficiente pode fazer com que não haja uma boa adaptação da peça, ficando ela, com um aspecto volumoso, já o preparo excessivo, desgasta muito o dente e vai contra os princípios de preservação que norteiam os tratamentos conservadores, menos invasivos.

Contudo é importante salientar que, quem auxilia o profissional na decisão do quanto de desgaste deverá ser feito é o enceramento diagnóstico e as guias de silicone feitas sobre ele. O enceramento diagnóstico é muito importante, pois com ele temos a idéia de como ficará a reabilitação e o aspecto final, quanto a tamanho, formato, simetria e posição.

A classificação das restaurações minimamente invasivas pode ser quanto a sua profundidade, extensão da lâmina e cor do substrato dental (CONCEIÇÃO, 2007), ou de acordo com a sua extensão, podendo ser: preparo parcial (também chamados de fragmentos), preparo ultraconservador (“lentes de contato” dentais) e preparo conservador (laminados cerâmicos) (FUSO et al., 2013).

As “lentes de contato” dentais são cerâmicas delicadas, ultrafinas, e são assim chamadas devido a fina espessura lembrar as lentes de contato oftalmológicas (FRANCCI et al., 2011; FRANCCI et al., 2013). São confeccionadas sobre um preparo mínimo que chegam entre 0,2 e 0,4mm de espessura (TEIXEIRA et al., 2003; KINA e BRUGUERA, 2008; CARDOSO et al., 2011; FRANCCI et al., 2013), podendo ser encontrado ainda na literatura 0,3 a 0,5mm de espessura (DIMATTEO, 2009; MEZZALIRA, 2011; CARDOSO et al., 2011; DEVES, 2012; SAPATA et al., 2013) ou ainda nenhum preparo dental (MANDARINO, 2003; TEIXEIRA et al., 2003; FRANCCI et al., 2013; SAPATA et al., 2013).

Porem Dimatteo (2009) questiona se o esmalte sem nenhum preparo é adequado, defendendo que a maioria dos planos de tratamento exigem mais preparos do que está implícito no marketing de “nenhum preparo”.

Estes tipos de restaurações são indicados para casos de pequenas alterações de forma, posição, simetria, cor, textura de superfície (TEIXEIRA et al., 2003; FIALHO et al., 2013); reconstrução de guias caninas (TEIXEIRA et al., 2003; FUSO et al., 2013); reconstrução de terço incisal de dentes anteriores (DEVES, 2012 ; FUSO et al., 2013); cavidades Classe II, IV e V (DEVES, 2012 ; FUSO et al., 2013) e fechamento de diastemas (DEVES, 2012 ; FUSO et al., 2013; FIALHO et al., 2013; SAPATA et al., 2013); fechamento de triângulos interdenciais escuros (“black spaces”) (MAGNE e BELSER, 2003); modificar dentes expulsivos, dentes lingualizados e pequenos, restabelecer volume vestibular (GUREL, 2007, JAVAHERI, 2007; GARONE, 2008; LOWE, 2010; DEVES, 2012; SAPATA et al., 2013); corrigir desalinhamento e rotação de dente anterior; recobrir restaurações de porcelana ou metalocerâmica (DEVES, 2012); recobrir dentes anteriores com resina composta (ROSS, 2003); reanatomizar dentes anteriores após tratamento ortodôntico (FRANCCI, 2011).

Entretanto, Mandarin (2003), diz que, em muitos casos onde o dente se encontra em posição adequada e com ausência de pigmentações, pode se conseguir a remoção mínima de esmalte no elemento dental e usar as lentes de contato para a reabilitação estética.

Já as contra indicações citadas pelos autores são os casos onde há necessidade de alteração de cor, ou seja, dentes muito escurecidos por trauma ou tratamento endodôntico (JAVAHERI, 2007; STOLL e LOPES, 2009; CARDOSO et al., 2011).

Inúmeras vantagens impulsionaram a popularização de tal técnica, como por exemplo, ausência ou mínimo desgaste do elemento dental (MALCMACHER 2005 5, BARATIERI et al., 2003; MENDES et al., 2004; KINA, 2009; SOARES e SOARES, 2011; DEVES, 2012; SAPATA et al., 2013); redução do risco de sensibilidade pós-operatória (JAVAHERI, 2007; SOARES e SOARES, 2011; SAPATA et al., 2013); não necessitar de elementos provisórios (FIORINI, 2004; DEVES, 2012; SAPATA et al., 2013); maior aceitabilidade por parte do paciente (MENDES et al., 2004; SOARES e SOARES, 2011; SAPATA et al., 2013), por se tratar de procedimentos praticamente indolor e “reversível”, tanto em eventual insatisfação do paciente como em possível futura necessidade de substituição (SAPATA et al., 2013); a ausência de anestesia (BARATIERI et al., 2003, JAVAHERI, 2007; SOARES e SOARES, 2011); mínimo estresse flexional (JAVAHERI, 2007); menor tempo de preparo (MENDES et al., 2004); preparos supra-gengivais, o que leva a uma melhor resposta do tecido periodontal, sem contar uma menor retenção de placas bacterianas (MENDES et al., 2004) e moldagem facilitada, não precisando de fio afastador durante a moldagem para confecção dos laminados (BARATIERI et al., 2003; SAPATA et al., 2013).

KINA (2009), por sua vez, afirmou que apesar de não haver preparos ou de o preparo ser o mínimo possível, o fio afastador nas moldagens é bastante importante para os procedimentos laboratoriais, auxiliando na visualização dos contornos proximais e vestibular e permitindo um perfil de emergência mais adequado.

Uma das grandes desvantagens das “lentes de contato” são as dificuldades na técnica de confecção para o laboratório de prótese, uma vez

que as laminas de 0,3mm de espessura que envolva borda incisal, apresenta fissuras na hora da polimerização do cimento (MCLAUREN, 2006); fragilidade no manuseio da peça, porque são peças muito delicadas (MENDES et al., 2004; BARATIERI et al., 2008); necessidade de técnicos de laboratório de qualidade e específicos (MENDES et al., 2004).

7. CONCLUSÃO

Para obter sucesso em tratamentos com restaurações minimamente invasivas e em preparos ultraconservadores é imprescindível o profissional realizar minucioso exame clínico, radiográfico e fotográfico para uma adequada indicação, planejamento e execução do tratamento estético. O resultado almejado só será possível se o profissional conhecer as técnicas de preparo, as propriedades dos materiais restauradores e dominar as técnicas de execução respeitando a indicação e limitação de cada caso. No caso descrito podemos verificar o tratamento estético em uma paciente que se encontrava insatisfeita com a cor, formato e contorno dos seus incisivos centrais e laterais superiores, sendo necessária assim, a confecção de lentes e preparos minimamente invasivos desses elementos, apenas em nível de esmalte. Concluiu-se, dessa forma, que a precisão dos preparos e o cuidado em todas as etapas dos procedimentos clínicos foram essenciais para restabelecer a estética da paciente e garantir a harmonização do sorriso.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, N.S.; MODA M.D.; ZAVANELI A. C.; MAZARO. J.V.; PELLIZZAER E. P.; Survival of all-ceramic restorations after a minimum follow-up of five years: A systematic review. **Quintessence Int.**, v. 47, n. 5, p. 395-405, 2016.
- BARATIERI, L. N.; MONTEIROJUNIOR, S.; ANDRADA, M. A. C.; VIEIRA, L. C. C.; RITTER, A. V.; CARDOSO, A. C. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e possibilidades**. Florianópolis: Artes Médicas, 2003.
- BARATIERI, L. N.; GUIMARÃES, J. *Laminados cerâmicos. Soluções clínicas: Fundamentos e técnicas*. Santa Catarina: Editora Ponto, 2008.
- BAZONE FILHO, J. R. C.; FRAGA, R. M.; BARBOSA, S. H. **Fragmentos Cerâmicos: Uma alternativa conservadora**. Disponível em: <www.revistaclinica.com.br/edicao.phplang=pt&ed=6&pg=90> Acessado em: 18/08/2013.
- BENETTI, A. R.; MIRANDA, C. B.; AMORE, R.; PAGANI, C. Facetas Indiretas em Porcelana-Alternativa Estética. **J. Bras Dent Estét.**, Curitiba, v.2, n.7, pg.186-94, jul./Ago./set., 2003.
- BISPO, L. B. **Facetas estéticas: Status da Arte** Disponível em: <<http://www.ufsm.br/dentisticaonline>> Acessado em 16/11/2013.10.
- BOTTINO, M. A.; FARIA, R.; VALANDRO, L. F.; **Percepção: Facetas laminadas cerâmicas**. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
- CARDOSO, P. C.; CARDOSO, L. C.; DECURCIO R. A.; MONTEIRO J. E. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. **Revista Odontol. Bras. Central**, v.20, n.52, pg.88-93, 2011.
- COELHO, G. S.; SANTOS, G. O.; LIMHARES, L. A.; VIEIRA FILHO, A.C.; DELBONS, F. B.; ALTO, R. V. M. Previsibilidade e Segurança na Reabilitação Estética Anterior *Revista Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry*, v.9, n.2, pg.164-177, abr./jun., 2013.
- CONCEIÇÃO, E N. **Dentística: Restaurações Indiretas**, 2ª Edição. Porto alegre: Artmed, 2007.
- CUNHA L.F.; REIS R.; SANTANA L.; ROMANINI J. C.; CARVALHO R. M.; FURUSEA.Y.; Ceramic veneers with minimum preparation. **Eur J. Dent**, v. 7, n.5, pg. 492-496, 2013.

DEVES, C. **Avaliação técnica de restaurações cerâmicas minimamente invasivas: Revisão de literatura**. Monografia – curso de Especialização em Dentística - Centro de Estudos Odontológico Meridional, Faculdade Meridional, Passo Fundo, 2012.

DIMATTEO, A. M. Prep vs no-prep: the evolution of veneers. **Inside Dentistry**, Los Angeles, v.5, n.6, jun., 2009.

FERNANDES, M. G.; MATOS, H. A. R.; SANTOS, L. B. SOUZA, S. M. Restaurações estéticas indiretas: relatos de casos clínicos. **Revista Clínica - Científica**, Recife, v.6, n.4, p.329-333, out./nov./dez., 2007.

FIALHO, F. P.; FIALHO, M. P. N.; NOGUEIRA, R. P.; FIROOZMAND, L. M. Harmonização estética do sorriso com laminados cerâmicos. **Revista Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.9, n.4, pg.404-409, out./nov./dez., 2013.

FIORINI, M. **Facetas de porcelana**. Monografia - Curso de Especialização em Dentística - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

FRANCCI, C., Odontologia estética: Soluções minimamente invasivas com cerâmicas. **Revista Fundecto**, São Paulo, n.10, pg.8-9, jul./dez., 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.

FREITAS, A. P.; SÁBIO, S.; COSTA, L. C.; PEREIRA, J. C.; FRANCISCONE, P. A. S. Cimentação adesiva de restaurações cerâmicas. **Salusvita**, Bauru, v.24, n.3, pg.447-454, 2005.

FUSO, A.; BOTTINO, M. A.; FARIA, R. Faceta laminadas: Funcionais, estéticas e preservadoras. Suplemento Prótese News, v.2 – **Revista Implante News**, v.10, n.4, pg.34-40, 2013.

GONZALES, M., R.; RITTO, F. P.; LACERDA, R. A. S.; SAMPAIO, H. R.; MONNERAT, A. F.; PINTO, D. Falhas em restaurações com facetas laminadas: Uma revisão de literatura de 20 anos. **Ver. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v.68, n.2, pg.238-243, jul./ago./set./out./nov./dez., 2011.

GUREL, G. Porcelain laminate veneers: minimal tooth preparation by design. **The Dental Clinics of North America, Philadelphia**, v.5, pg.419-431, 2007.

HEKIMOQW C.; ANIL, N.; ETIKAN, I. Effect of accelerated aging on the color stability of cemented laminate veneers. **Int. J. Prosthodont.**, v.13, n.1, pg.25-33, 2000.

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

JAVAHERI, D. Considerations for planning esthetic treatment with veneers involving no or minimal preparation. **The Journal of the American Dental association**, Chicago, v.138, pg.331-337, mar., 2007.

KANO, P. Facetas de Porcelana Clínica: Visão Clínica. **International Journal of Brazilian Dentistry**, São José,v.1, nº2, p.173-185, abr./jun., 2005.

34. KINA, S. *Equilibrium*. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

KINA, S.; BRUGUERA, A. **Invisível: Restaurações estéticas cerâmicas**. 2ª Edição, Maringá: Dental Press, 2008.

KINA, S.; BRUGUERA, A. Laminados cerâmicos. **Revista Dental Press Estética**, v.3, n.2, pg.45-69, 2006.

LOWE, R., A. **No prep veneers: a reabilistic option**. Dentistry today, Montclair, 2010.

MAGNE, P.; BELSER, U. Estética Dental Natural. In: Restaurações adesivas de porcelana na dentição Anterior: Uma abordagem biomimética. 1ª Edição. São Paulo, **Quintessence**, 2003.

MALCMACHER, L. No preparation veneers- back to the future! **Dentistry today**, Montclair,v.24, n.3, pg 86,88, 90-1, 2005.

MANDARINO, F. **Facetas Laminadas**. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/facetas.pdf>> Acessado em: 20/08/2013.

MASSING, N. G.; BELLATO L. B.; MAGAGNIN, C.; SILVA, S. B. A.; BUSATO, A. L. S. & BARBOSA, A. N. Facetas Estéticas em Porcelana. **Revista Ibero-americana de Odontologia Estética & Dentística**, v.5, n.18, pg.136-141, 2006.

MCLAUREN, E. A. Porcelain veneer preparation: to prep or not to prep. **Inside Dentistry**, Los Angeles, v.4, n.26, pg.76-79, mai, 2006.

MENDES, W. P.; BONFANTE, G., JANSSEN, N. **Facetas laminadas – cerâmica e resina: aspectos clínicos**. São Paulo, Editora Artes Médicas, 2004.

MENEZES FILHO, P. F. A.; ANDRADE, A. K.; RODRIGUES, S.; MORAIS, M.; SILVA C. H. V. Transformação estética do sorriso: relato de caso clínico . **Int. J. Dent. Recife**, v.11, n.1, pg.83-87, jan./mar., 2012.

MEZZALIRA, M. F. **Reabilitação estética com laminados de porcelana**. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MONDELLI, R. F. L.; CONEGLIAN, E. A. C; MONDELLI, J. Reabilitação estética do sorriso com facetas indiretas de porcelana. **Biodonto Publicações Científicas**, v.1, n.5, pg.49-54, 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.

PIMENTEL W.; TEIXEIRA M.L.; COSTA P.P.; JORGE M.J.; TIOSSI R.; **Predictable Outcomes with Porcelain Laminate Veneers: A Clinical Report.**; J. Prosthodont, jun, 2016

ROSS, W. N. The contact lens porcelain veneers. **Dentistry today**, Montclair, v. 22, n. 5, pg. 56-9, 2003.

SAPATA, A.; COSTA, J. A.; LENZA, J. V.; FRANCCI, C. E.; WITZEL, M. F.; LODOVITI, E. “Lentes de Contato”: Harmonização do sorriso sem desgaste dental. Clínica – **International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 9, n.2, pg.154-163, abr./mai./jun., 2013.

SEYMOUR, K. G., CHERUKARA, G. P., SAMARAWICKRAMA. Stresses within porcelain veneers and the composite lute using different preparation designs. **J. Prosthodont**, v.10, n.1, pg.16-21, 2001.

SIMÃO JUNIOR, B. S.; BARROS, C. C. P. Reabilitação estética com faceta indireta em porcelana. **Revista Odontológica do Planalto Central**, v.2, n.1, pg.9-15, jan./jun., 2011.

SOARES, C. J.; MARTINS, R. M.; PAULLILO, L. A. M. S.; PFEIFER, J. M. G. A. Facetas laminadas em cerâmica: alternativa estética em dentes anteriores. **Jornal Brasileiro de Clínica Integrada**, v.5, n.29, pg.200-212, set./out., 2001.

SOARES, L. M.; SOARES, C. Resultados previsíveis no uso de laminados e fragmentos cerâmicos com preparo minimamente invasivos. **Revista Clínica-International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.7, n.1, pg.36-50, jan./fev./mar., 2011.

STOLL, L. B; LOPES, F. Harmonização do sorriso através de laminado cerâmico “lente de contato”. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v.6, n.1, pg.97-104, jan./fev., 2009.

STRASSLER, H. E. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment *modality* **Dentistry Today**, Montclair, v.55, pg.686-694, may./jun./jul., 2007.

TEIXEIRA, H. M.; NASCIMENTO, A. B. L.; EMERENCIANO, M. Reabilitação da estética com facetas indiretas de porcelana. **Jornal Brasileiro de Dentística & Estética**. Curitiba, v.2, n.7, pg.219-223, jul./set., 2003.

VIEIRA, S. Discutindo ciência - Facetas laminadas em porcelana e coroas livres de metal: uma opção estética. **Revista Ibero-Americana de Odontologia Estética & Dentística**, v.4, n.13, pg101-102, 2005.