



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba

**JÉSSICA MARIA DE FREITAS FERREIRA MARTINS**

**Lentes de contato para correção estética**

**Araçatuba-SP**

**2017**



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba

**JÉSSICA MARIA DE FREITAS FERREIRA MARTINS**

**Lentes de contato para correção estética**

**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: Prof. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro**

**Araçatuba-SP**

**2017**

*Dedico esse trabalho aos meus pais, os principais  
responsáveis por eu ter chegado até aqui.*

*Meu eterno amor e gratidão por vocês...*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e coragem para perseverar quando eu mais precisei.

Aos meus pais João Batista Ferreira e Senhorinha Aparecida de Freitas Ferreira por todo amor, carinho, e atenção que dedicaram a mim durante toda minha vida e principalmente durante o que período que estive longe de casa. Obrigada por todo esforço que fizeram, por todo o investimento emocional e material. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao meu querido marido, Juliano Martins do Carmo, que esteve ao meu lado durante a maior parte desta jornada. Ter o seu apoio diariamente fez toda a diferença. Obrigada pela paciência, compreensão e incentivo durante todo esse tempo.

À universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Prof. Tit. Wilson Roberto Poi e do vice-diretor Prof. Tit. João Eduardo Gomes Filho.

A todos os professores dessa instituição que contribuíram para a minha formação, especialmente ao Prof. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro pela atenção e apoio durante o processo de orientação deste trabalho.

Aos amigos que conheci aqui e que marcaram a minha vida de alguma forma, especialmente a querida Carol (Ana Carolina Morente), Lulu (Luíza Tavares) e Tamiris Gabrielli pelos momentos tão agradáveis que tivemos juntas. Sempre me lembrarei de vocês com carinho.

MARTINS, J M F F. **Lentes de contato para correção estética**. 2017. 30 f.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado)- Faculdade de Odontologia,  
Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

## RESUMO

Os preparos minimamente invasivos para correção estética do sorriso tem sido aplicados como meio de tratamento em casos de fechamento de diastemas, recontorno e alinhamento dos dentes. Tais preparos ficam limitados ao esmalte, favorecendo desta forma a adesividade com as restaurações indiretas. Os materiais utilizados para as lentes ou microlâminas são cerâmicas vítreas, como o dissilicato de lítio que possuem alta adesividade ao substrato dental através dos procedimentos de cimentação adesiva. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi descrever os protocolos de desenvolvimento de preparos protéticos minimamente invasivos, bem como os procedimentos de cimentação adesiva de lentes de contato para correção estética do sorriso envolvendo os dentes 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25. A cerâmica utilizada para o caso foi o dissilicato de lítio (e-max) obtido através da injeção de Ingots HT (e.max press HT) e estratificado incisal com cerâmica de nanofluorapatita (e.maxceram)- técnica *cut back*. A conclusão do caso mostra que é possível obter excelentes resultados estéticos e funcionais, preservando a saúde dos tecidos periodontais e oferecendo satisfação ao paciente.

Palavras chave: Lentes de contato. Dissilicato de lítio. Cimentação adesiva

MARTINS, J M F F. **Lentes de contato para correção estética.** 2017. 30 f.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado)- Faculdade de Odontologia,  
Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017

## **ABSTRACT**

The minimally invasive preparations for aesthetic smile correction have been applied as a means of treatment in cases of diastema closure, re-alignment and alignment of the teeth. Such preparations are limited to enamel, thus favoring adhesion with indirect restorations. The materials used for the lenses or microblades are vitreous ceramics, such as lithium disilicate, which have high tack to the dental substrate through adhesive cementation procedures. Therefore, the objective of this work was to describe the protocols for the development of minimally invasive prosthetic preparations, as well as the procedures of adhesive cementation of contact lenses for aesthetic correction of the smile involving the teeth 11, 12, 13, 14, 15, 21, (E.max press HT) and incisal laminate with nanofluorapatite ceramics (e.maxceram) were obtained by the use of the lithium disilicate (e-max) - Cut back technique. The conclusion of the case shows that it is possible to obtain excellent aesthetic and functional results, preserving the health of the periodontal tissues and offering satisfaction to the patient.

Keywords: Contact lenses. Lithium disilicate. Adhesive cementation

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspecto inicial do sorriso do paciente	11
Figura 2 - Vista intra-oral frontal inicial	12
Figura 3 – Vista intra-oral lateral direita	12
Figura 4 – Vista intra-oral lateral esquerda	13
Figura 5 - Enceramento estético	14
Figura 6- Ensaio estético - <i>mock up</i>	15
Figura 7- Guia de desgaste confeccionado sobre o modelo encerado	16
Figura 8- Guia de desgaste vestibular intra-oral	16
Figura 9- Guia de desgaste incisal intra-oral	17
Figura 10- Mapa demonstrando as regiões proeminentes que serão aliviadas no preparo	18
Figura 11- Dentes preparados com fio retrator #000 em posição	19
Figura 12- Moldagem de trabalho com silicone de adição (Virtual- Ivoclar)	20
Figura 13- Microlâminas E.max posicionadas no modelo de trabalho	21
Figura 14 - Aspecto imediato após a cimentação	23
Figura 15- Aspecto final do sorriso do paciente - Vista frontal	24
Figura 16 - Aspecto final do sorriso do paciente - Vista lateral	25

## SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Objetivo	10
3. Caso clínico	11
4. Discussão	26
5. Conclusão	28
Referências	29

## 1. INTRODUÇÃO:

A estética para o ser humano é um conceito altamente subjetivo, pois está relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos que se alteram em função do tempo, dos valores de vida e da idade do indivíduo<sup>1,2</sup>.

Nos dias atuais, a mídia e diversos meios de comunicação, como a televisão, internet, celular, e as redes sociais, aumentaram a preocupação das pessoas com a aparência<sup>3</sup>. Assim, cada vez mais pessoas chegam ao consultório odontológico a fim de melhorar a aparência do seu sorriso, e muitas vezes, com exigências estéticas altíssimas.<sup>4</sup> Por este motivo, a escolha por restaurações livres de metal aumentou significativamente e os materiais odontológicos passaram por grande evolução<sup>5,6</sup>.

As reabilitações estéticas utilizando as lentes de contato têm se mostrado uma excelente modalidade de tratamento, uma vez que apresentam uma série de características desejáveis, como: excelente resultado estético, ótimas propriedades mecânicas<sup>5</sup> e durabilidade<sup>7</sup>. Além disso, graças à evolução dos materiais e técnicas adesivas, essas restaurações podem ser feitas com o mínimo de desgaste do elemento dentário, limitando o preparo muitas vezes a nível de esmalte<sup>8</sup>. É por este motivo que é possível obter lâminas cerâmicas extremamente finas que vão desde 0,2 a 0,5 mm de espessura.

As lentes de contato são cerâmicas de natureza vítrea e cristalina, sendo indicadas para alterações de forma, contorno, alinhamento dos dentes e fechamento de diastemas. E contra-indicada nos casos de distância interoclusal reduzida, sobreposição vertical profunda anterior sem sobreposição horizontal, bruxismo grave ou atividade parafuncional<sup>9</sup>.

A superioridade estética dos materiais cerâmicos está em grande parte nas suas propriedades ópticas como a translucidez, capazes de reproduzir com naturalidade à estrutura dentária<sup>10</sup>. Além disso, são restaurações duráveis que garantem boa estabilidade de cor a longo prazo e boa tolerância ao meio bucal<sup>7,6,10</sup>. Atualmente, o fator mecânico mostra-se também bastante favorável, visto que essas microlâminas cerâmicas contam com um coeficiente de expansão térmica semelhante ao da dentina e com uma boa resistência à compressão e abrasão<sup>6</sup>.

Apesar de todas as vantagens das cerâmicas, é válido lembrar que inicialmente esses materiais apresentavam natureza pouco plástica e com baixa resistência à flexão. Por isso, muito foi feito em termos de aprimoramento para compensar essas limitações, de modo a obter o que temos hoje: sistemas cerâmicos livres de metal, com melhores características tensionais e sem interferências estéticas significativas<sup>10, 11</sup>.

Com o aumento da demanda por restaurações estéticas, a escolha de qual é o material mais indicado para cada caso muitas vezes é um desafio para o clínico<sup>7</sup>. Por isso, deve-se ressaltar que as vantagens de qualquer tratamento reabilitador só serão possíveis desde que haja um cuidadoso planejamento aliado ao conhecimento dos materiais e técnicas disponíveis<sup>11</sup>.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho foi descrever os protocolos de desenvolvimentos de preparos minimamente invasivos, bem como os procedimentos de cimentação adesiva de lentes de contato, de modo a alcançar o sucesso do tratamento proposto com previsibilidade e longevidade.

### 3. CASO CLÍNICO

Paciente J.A.S, 35 anos, sexo masculino, procurou atendimento odontológico queixando-se da aparência infantil do seu sorriso.

O exame clínico detectou dentes relativamente pequenos, com formato ligeiramente quadrado e incisais bastante retilíneas; Pouca dominância dos incisivos centrais e caninos, o que explica a formação de uma linha do sorriso ligeiramente plana. Nota-se também, o eixo dos dentes inclinado para palatina, bem como a presença de corredor bucal amplo, sobretudo do lado direito. Verificou-se ainda, que os dentes inferiores eram bastante expostos durante o sorriso e a presença de diastemas entre os dentes 11 e 21; 12 e 13; 22 e 23; e 33 e 34. (Figura 1, 2, 3 e 4)

**Figura 1- Aspecto inicial do sorriso do paciente**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 2- Vista intra-oral frontal inicial**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 3- Vista intra-oral lateral direita**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 4- Vista intra-oral lateral esquerda**



Fonte: Vista intra-oral lateral esquerda do sorriso

Após anamnese detalhada e minucioso exame clínico, foram discutidas as expectativas do paciente juntamente com as possibilidades de tratamento disponíveis, levando em conta suas vantagens e desvantagens. Assim, o plano de tratamento utilizando as restaurações indiretas com lentes de contato dentárias foi apresentado ao paciente, obtendo seu consentimento.

Na mesma sessão clínica, foi iniciado o tratamento através da realização de moldagens do arco superior e inferior com silicone de adição (Virtual - Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) para a obtenção dos modelos de estudo.

Os modelos de estudo foram encaminhados ao laboratório de prótese, para a realização do enceramento estético, que foi orientado a partir das tomadas fotográficas e das observações clínicas. (Figura 5)

**Figura 5- Enceramento estético**

Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Na segunda sessão clínica, foi realizada a técnica de *mock up*, que consiste em um ensaio estético para verificar se o enceramento realizado foi compatível com as expectativas do profissional e do paciente. Para a realização desse ensaio, moldou-se o modelo encerado com silicone de condensação (Zetalabor- Zhermack, Badia Polesine, Rovigo, Italy), obtendo assim uma muralha de silicone que em seguida foi preenchido por resina bisacrílica na cor A1 (Systemp - Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) e levado à boca do paciente, sendo posicionado sobre os dentes ainda sem preparo e permanecendo em posição durante 2 minutos. Após a remoção da muralha de silicone, os procedimentos de acabamento e polimento foram realizados e o resultado obtido foi mostrado ao paciente que aprovou e autorizou a execução do tratamento. (Figura 6)

**Figura 6- Ensaio estético - *Mock up***

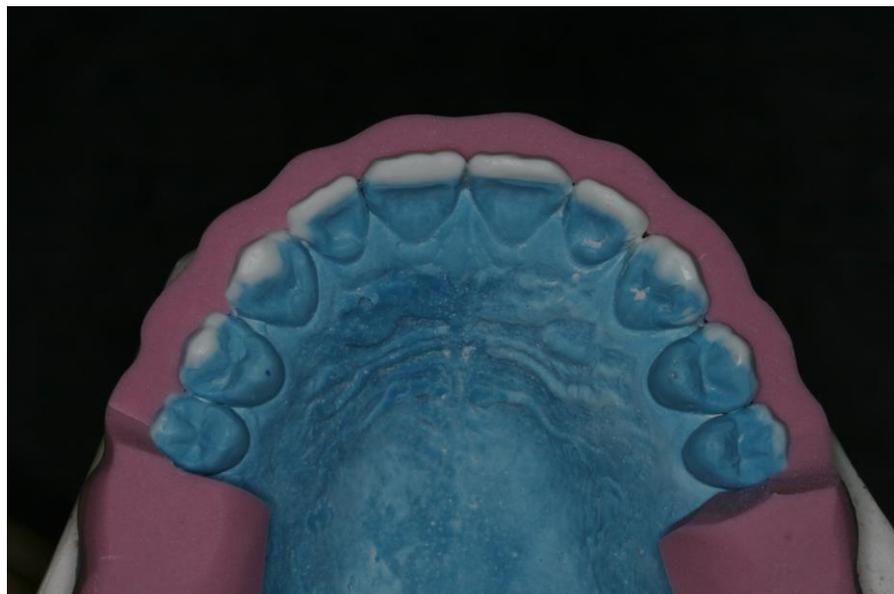


Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Posteriormente, outra muralha de silicone foi confeccionada sobre o modelo encerado e em seguida, recortada e separada em duas metades, a fim de serem usadas como guias de desgaste vestibular e incisal respectivamente. (Figura 7, 8 e 9)

Dessa forma, as espessuras de desgaste foram orientadas e averiguadas durante toda a fase dos preparos, de modo a fornecer os espaços adequados para o material cerâmico.

**Figura 7- Guia de desgaste confeccionado sobre o modelo encerado**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 8- Guia de desgaste vestibular intra-oral**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 9- Guia de desgaste incisal intra-oral**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Na consulta seguinte, foram realizados os preparos nos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 e 25. Os desgastes planejaram a espessura da peça em aproximadamente 0,5 mm e a redução foi feita apenas nas faces vestibulares, estendendo-se para a região interproximal a fim de esconder a linha de cimentação e favorecer a melhor adaptação das lentes. Foi realizada redução incisal mínima. Esses preparos foram executados com a ponta diamantada 2135F e 3195F (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) e o acabamento e refinamento dos preparos foram realizados com discos (Sof-lex pop-on 3M ESPE, São Paulo, Brasil). (Figura 10)

**Figura 10- Mapa demonstrando regiões proeminentes que serão aliviadas no preparo**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Com os preparos devidamente finalizados, foi realizado o afastamento gengival por meio da utilização de fio retrator #000 (Ultrapack - Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil) embebido em solução hemostática Viscostat clean-Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil).

Essa técnica promove não somente o afastamento gengival como também, o isolamento dos fluidos gengivais, o que favorece a cópia fiel dos elementos durante o ato da moldagem. (Figura 11)

**Figura 11- Dentes preparados com fio retrator #000 em posição**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

A moldagem realizada foi do tipo dupla moldagem em que se utilizou silicone de adição (Virtual - Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha). Nessa técnica, o material pesado é manipulado sem luva, colocado e adaptado na moldeira e, então, posicionado e pressionado sobre os dentes preparados. Aguarda-se a polimerização final do material e em seguida realizam-se alívios nas áreas retentivas do molde a fim de criar espaço para a inserção do material leve, que é dispensado diretamente sobre os dentes preparados, bem como no interior do molde. A moldeira é levada mais uma vez à boca e aguarda-se a polimerização do material fluido. Dessa forma, é possível obter um molde com uma cópia fiel dos dentes preparados. (Figura 12)

**Figura 12- Moldagem de trabalho com silicone de adição - (Virtual- Ivoclar)**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Imediatamente após a moldagem foi realizada a seleção da cor com a escala Vita Clássica (VITA- Bad Säckingen, Alemanha) e o registro com fotografias. A seleção de cor envolveu a escolha da cor do substrato A3 e também a cor final desejada A1.

O molde foi aprovado e enviado para o laboratório. Já os provisórios foram confeccionados em resina bisacrílica, cor A1, (Systemp- Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) utilizando o mesmo guia de silicone utilizado no *mock up*. Os provisórios não foram cimentados, apenas removeu-se os excessos após a presa do material.

Dessa forma, enquanto as peças definitivas eram confeccionadas, o paciente permaneceu com os provisórios em resina bisacrílica. O paciente foi orientado quanto à higienização e controle de placa dentária com meio químico adicional.

Na sessão seguinte, com as peças de cerâmica de dissilicato de lítio (IPS E.max Press - Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) já prontas, (Figura 13) foi feita a remoção dos provisórios seguida de profilaxia com pedra pomes e escovas Microtuf (Dhpro). Na próxima etapa, denominada de prova seca, as peças foram delicadamente assentadas nos preparos, a fim de checar as adaptações marginais, que foram aprovadas.

**Figura 13- Microlâminas E.max posicionadas no modelo de trabalho**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Com a checagem concluída, deu-se a seleção de cor do agente cimentante. Para isso, foram utilizadas as pastas *try in* (Variolink Veneer- Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) que apresentam valores de cor numa escala que vai desde -3 até +3, sendo o *value* 0 correspondente ao transparente, que foi a cor de escolha do caso em questão.

Para a remoção das pastas *try in* as peças foram lavadas e desinfetadas com álcool para então ser realizada a cimentação propriamente dita.

Tratando-se de um sistema cerâmico ácido-sensível, a cimentação foi baseada nos princípios de adesão que preconizam a divisão da cimentação em duas etapas:

1- Preparo da peça: Ácido fluorídrico 10% (Dentisply, Petrópolis, RJ, Brasil) por 20 segundos; Lavagem abundante com spray ar/água e secagem; Ácido fosfórico 37% (Dentisplay, Petrópolis, RJ, Brasil) por 1 minuto; Lavagem abundante com spray ar/água e secagem; Aplicação do silano (Monobond Plus- Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) e aguardar 1 minuto; Evaporação do solvente com jato de ar aquecido.

2- Preparo do dente: Isolamento absoluto modificado; Profilaxia com pedra pomes e água; Lavagem abundante com spray ar/água e secagem; Aplicação de ácido fosfórico 37% (Dentisplay, Petrópolis, RJ, Brasil) por 30 segundos em esmalte; Lavagem abundante com spray ar/água e secagem com algodão hidrofílico ou papel absorvente; Aplicar sistema adesivo (Excite F- Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha), remover os excessos com novo microbrush (FGM- Joinville, SC, Brasil); Evaporação do solvente com jato de ar; Não foi realizada a fotopolimerização nesse momento para que não ocorresse interferência na adaptação das peças.

Todas as peças foram cimentadas simultaneamente, começando pelos incisivos centrais e seguindo pelo incisivo lateral, canino, primeiro e segundo pré-molar de um lado, e finalizando com a mesma sequência do lado oposto.

O cimento resinoso (Variolink Veneer- Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein, Alemanha) na cor previamente selecionada foi injetado cuidadosamente no interior da peça a fim de minimizar a incorporação de bolhas. Em seguida, as peças foram levadas em posição e pressionadas digitalmente para que ocorresse o extravasamento do cimento ao longo de todo o perímetro da restauração. Os excessos foram removidos com auxílio de pincel nas superfícies livres e com fio dental nas superfícies interproximais.

Foi inserido gel de glicerina nas margens das restaurações a fim de se realizar a fotopolimerização na ausência de oxigênio. A seguir, procedeu-se a polimerização por 40 segundos em cada face de cada elemento dentário envolvido na cimentação. (Figura 14)

**Figura 14- Aspecto imediato após a cimentação**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

Após a cimentação foram realizados ajustes oclusais em máxima intercuspidação habitual, protrusão e lateralidade, com a finalidade de eliminar qualquer contato prematuro e as orientações de higiene oral e os cuidados com a reabilitação foram reforçados.

Finalmente, com a conclusão do caso, pode-se notar na nova formatação do sorriso, a harmonia de forma, contorno, textura e cor, bem como perfeita integração das restaurações cerâmicas com o periodonto do paciente. Nota-se também que houve o fechamento de diastemas, o aumento do tamanho dos dentes, conferindo dominância aos incisivos e caninos, dentes mais claros e a alteração da linha do sorriso. (Figura 15 e 16)

**Figura 15- Aspecto final do sorriso do paciente- Vista frontal**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

**Figura 16- Aspecto final do sorriso do paciente - Vista lateral**



Fonte: Arquivo pessoal de José Vitor Quinelli Mazaro

## 4. DISCUSSÃO

Para qualquer reabilitação estética ser bem sucedida é muito importante entender qual é o desejo do paciente, suas expectativas e até o conceito de beleza que o mesmo possui, já que estética é um fator subjetivo e que muda com o passar do tempo<sup>1,2</sup>. Por isso, para o sucesso do tratamento, é essencial a realização de uma anamnese bastante detalhada.

Após ter isso em mente, o profissional deve escolher dentre as opções de tratamento disponíveis, a que traz mais benefícios do que malefícios ao paciente e que corresponda da melhor forma com suas expectativas.

No caso em questão, o paciente se sentia incomodado por ter um sorriso com aparência infantil. Isso devia-se a presença de diastemas e por apresentar dentes relativamente pequenos e quadrados, com pouca dominância dos incisivos centrais e caninos. Para a resolução deste caso, outras opções de tratamento seriam as restaurações diretas ou indiretas com resina composta<sup>7</sup>. No caso da primeira, depende muito da habilidade do profissional em restabelecer a forma e a cor corretamente. Segundo MONDELLI (2003), em ambos os casos, a resina perde polimento em pouco tempo e no caso das resinas indiretas, não existem pesquisas suficientes sobre o seu comportamento clínico à longo prazo, diferentemente do que ocorre com os materiais cerâmicos<sup>12</sup>.

É verdade que em um primeiro momento, as restaurações com cerâmicas exigem maior quantidade de desgaste do que nas restaurações diretas. No entanto, tal desgaste, que é controlado e planejado, pode ser muito mais efetivo em termos de estética e durabilidade<sup>7</sup>. Dessa forma, restaurações mais duráveis são menos substituídas, e portanto, menos desgastes dentários são executados. Assim, pode-se dizer que as lentes de contato são mais conservadoras do que as restaurações com resina composta.

A cerâmica comumente utilizada para estas restaurações é o dissilicato de lítio, que apresenta maior resistência flexural do que as cerâmicas convencionais, sem no entanto, perder seu alto padrão estético como suas propriedades ópticas de translucidez, por exemplo. Além disso, por ser classificado

como um sistema cerâmico ácido-sensível, apresenta alta adesividade aos cimentos adesivos<sup>11,13</sup>.

Dentro deste contexto, as cerâmicas podem ser divididas em dois grupos: as ácido-sensíveis e ácido-resistentes. Os sistemas cerâmicos ácido sensíveis (cerâmicas feldspáticas, feldspáticas reforçadas por leucita e dissilicato de lítio) são os mais indicados em situações de preparos sem propriedades retentivas, pois permitem o condicionamento ácido da superfície interna da restauração. Este passo é importante, pois além de conferir uma superfície limpa, cria microrretenções na superfície interna da peça, aumentando a área de contato entre dente e cerâmica, e conseqüentemente, melhorando sua adesão ao substrato dentário<sup>14</sup>.

Outro fator de suma importância nas reabilitações estéticas é a previsibilidade e o controle do resultado final, que nesse caso clínico foi conseguida através do enceramento estético, da técnica do *mock up*, e da utilização dos guias de desgaste durante toda a fase dos preparos<sup>15</sup>.

Para a cimentação das peças existem três opções de tipos de cimentos resinosos: Os fotopolimerizáveis, os autopolimerizáveis (químicos) ou ainda os duais (são fotopolimerizáveis e autopolimerizáveis)<sup>16</sup>. Nesse caso clínico foi escolhido o tipo fotopolimerizável, pois com a fina espessura da peça protética é possível que a luz penetre e catalise o cimento, além de garantir maior estabilidade de cor, visto que os cimentos duais podem gerar alteração de cor ao longo do tempo<sup>17,18,19</sup>. Além disso, escolheu-se a cor transparente, pois o paciente não apresentava substrato dentário escurecido.

É válido lembrar que o profissional deve seguir rigorosamente os protocolos clínicos de planejamento e execução desse tipo de reabilitação<sup>20</sup>. No entanto, a longevidade da restauração, também depende da colaboração do paciente, visto que é ele quem determinará a higiene bucal, a dieta e os hábitos funcionais. Por isso, é essencial que o profissional transmita ao paciente todas as orientações necessárias nesse sentido<sup>16</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Com a evolução dos materiais odontológicos, as cerâmicas ganharam excelentes propriedades ópticas capazes de reproduzir com naturalidade o esmalte dental e propriedades mecânicas que garantem um tratamento previsível e durável. Assim, as lentes de contato dentárias podem ser uma ótima opção para pacientes com alta expectativa estética. É uma alternativa conservadora e efetiva para restabelecer tamanho, forma e contorno dos dentes e solucionar casos de maneira satisfatória e duradoura desde que alguns cuidados sejam tomados a fim de se obter estética, função e saúde dos tecidos periodontais. Assim, o caso tem que ser cuidadosamente selecionado e as lentes corretamente indicadas, o tratamento planejado e individualizado de acordo com as necessidades do paciente e só então os passos clínicos devem ser criteriosamente realizados, conforme o protocolo previamente estabelecido.

## REFERÊNCIAS

- 1 - MELO, C.C. Laminados cerâmicos para resolução estética de dentes manchados por tetraciclina. **Full Dent. Sci.** 2012; 4 (13): 186-194
- 2 - CÂMARA, C. Estética em Ortodontia: Diagramas de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). **Ver. Dental Press Orod. Ortop Facial.** 11(6): 130-56. Nov./dez 2006
- 3 - MARTIN, J. A. et al. The impact of buccal corridors on smile attractiveness. **Eur. J. Orthodontics**, v. 29, n. 5, p. 530-537, 2007
- 4 - MAZARO, J.V.Q. et al. Reabilitação estética com enfoque nas diferentes cores de substratos e na escolha da cor do cimento adesivo. **Lab. Sci.** 2013; 2(8):280-291.
- 5 - CLAVIJO V.G.R, SOUZA N.C, ANDRADE M.F . IPS e.max: harmonização do sorriso. **R Dental Press Estét, Maringá**, v.4, n. 1, p. 33-49, jan./fev./mar. 2007
- 6 - MAZARO J.V.Q, et al., Plástica gengival associada a laminados cerâmicos para resolução estética. **Full Dent. Sci.** 2014; 6 (21): 82-88.
- 7 - ANDRADE O. S, ROMANINI J.C . Protocolo para laminados cerâmicos: Relato de um caso clínico. **R Dental Press Estét-** v.1, n.1, p.9-19, out./nov./dez. 2004
- 8 - MAZARO J.V.Q, et al. Laminados cerâmicos em dentes tratados endodonticamente: considerações restauradoras e endodônticas com finalidade protética. **Full Dent. Sci.** 2012; 3 (10): 171-185
- 9 - ROTOLI,B.T, et al. Porcelain Veneers as an Alternative for Esthetic Treatment: Clinical Report. **Operative Dentistry**: Sept./Oct. 2013, Vol. 38, No. 5, pp. 459-466
- 10 - KINA, S. Cerâmicas dentárias. **R Dental Press Estét** – v.2, n.2, p. 112-128, abr./ mai./ jun. 2005

- 11 - MAZARO et al. Considerações clínicas para restauração da região anterior com facetas laminadas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.30, n.1 p. 51-54, jan./jun. 2009
- 12 - MONDELLI, R.F.L.; CONEGLIA N, E.A.C.; MONDELLI, J. Reabilitação Estética do sorriso com facetas indiretas de porcelana. **Biodonto**, v.1, n.5, set./out. 2003.
- 13 - AMOROSO, A.P. et al. Cerâmicas Odontológicas: Propriedades, Indicações e Considerações clínicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.33, n.2, p. 19-25. 2012
- 14 - NAVEZ L.Z, et al. Surface/Interface Morphology and Bond Strength to Glass Ceramic Etched for Different Periods. **Operative Dentistry**, 2010;35-4, 420-427
- 15 - MAMALY RESHAD, B.D.S, MSc; DOMENICO CASCIONE, C.D.T, BS; PASCAL MAGNE, D.M.D; MSc, PhD. Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients: A clinical report. **J Prosthet Dent** 2008;99:333-339
- 16 - VARGAS, M.A; BERGERON,C; DIAZ-ARNOLD, A. Cementing all-ceramic restorations Recommendations for success. **The Journal of the American Dental Association**, 2011;142(suppl 2):20S-24S
- 17 - NOBREGA, A.S. et al. Minimally invasive preparations: Contact lenses. **Journal of Advanced Clinical & Research Insights** (2015), 2, 176–179
- 18 - 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
- 19 - NAMORATTO, L.S. et al. Cimentação em cerâmicas: Evolução dos procedimentos convencionais e adesivos. **Revista Brasileira de Odontologia** vol. 70 n.2 Rio de Janeiro Jul./Dez. 2013
- 20 - ZAVANELLI, A. C. et al. Tratamento cosmético com lentes de contato e laminados cerâmicos. **Arch Health Invest** (2015) 4(3): 10-17