

DEBORA MARONESI BAGIO

**Reabilitação estética: associação de laminados cerâmicos ultra finos e
plástica gengival. Relato de caso clínico.**

Araçatuba – SP

2015

DEBORA MARONESI BAGIO

**Reabilitação estética: associação de laminados cerâmicos ultra finos e
plástica gengival. Relato de caso clínico.**

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

Araçatuba – SP

2015

Aos meus pais, Denize e Silvio, por tudo que fizeram por mim ao longo da minha vida. Todo o meu amor, minha eterna admiração e gratidão. Desejo ter sido merecedora de todo o esforço dedicado por vocês em todos os aspectos, especialmente quanto a minha formação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sabe o tempo certo de todas as coisas, por atender as minhas orações.

Aos meus pais, Denize e Silvio, por acreditarem e investirem em mim, vocês são a minha base e força nos momentos de angústia.

Ao Tony, meu querido irmão, sempre presente.

Ao Hugo, meu namorado, que desde o início me apoiou e incentivou com carinho e compreensão.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Profa. Adj. Ana Maria Pires Soubhiaie do vice-diretor Prof. Tit. Wilson Roberto Poi.

À Profa. Dra. Adriana Cristina Zavanelli pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação.

Aos técnicos e funcionários dessa instituição.

“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor”.

Madre Teresa de Calcutá

BAGIO, D M. **Reabilitação estética: associação de laminados cerâmicos ultra finos e plástica gengival. Relato de caso clínico.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

RESUMO

A crescente valorização estética fez crescer a procura por soluções rápidas, indolores e eficazes na correção do sorriso. A técnica de reabilitação estética com laminados cerâmicos e lente de contato dentais, denominados preparos minimamente invasivos, é uma técnica muito requisitada, que utiliza pouco ou nenhum desgaste dentário e promove resultados muito satisfatórios ao paciente. Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo apresentar o protocolo clínico de planejamento e execução dos preparos minimamente invasivos abordando laminados e lentes, ilustrada por caso clínico enfatizando as indicações, vantagens e desvantagens desta modalidade restauradora. Para alcançar o sucesso é imprescindível um exame clínico adequado, indicação correta e planejamento do caso. O resultado apresentado após a conclusão do caso clínico mostra o alcance das expectativas estéticas da paciente com conforto e saúde.

Palavras chave: Laminados cerâmicos. Reabilitação oral. Estética dental.

BAGIO, D M. Aesthetic rehabilitation: ultra thin ceramic laminates and gingival plastic association. Clinical case report. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

ABSTRACT

The growing aesthetic appreciation has increased the demand for fast, painless and effective in smile correction solutions. The aesthetic rehabilitation technique with ceramic veneers and dental contact lens, called minimally invasive preparation, is a highly requested technique that uses little or no dental wear and promotes very satisfactory patient outcomes. This course conclusion work aimed to present the clinical planning protocol and execution of minimally invasive preparations approaching rolled and lenses, illustrated by clinical case emphasizing the indications, advantages and disadvantages of this restorative mode. To be successful it is essential an appropriate clinical examination, correct indication and planning of the case. The result presented after the conclusion of the case shows the extent of the aesthetic expectations of the patient with comfort and health.

Keywords: Ceramic laminates. Oral rehabilitation. Dental aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Vista frontal do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.	42
Figura 2	Vista lateral direita e esquerda, respectivamente, do aspecto do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.	43
Figura 3	Vista frontal dos dentes em oclusão denotando desarmonia de cor e forma dos mesmos.	43
Figura 4	<i>Close up</i> da região anterior. Observe a desarmonia de cor e forma entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.	44
Figura 5	<i>Close up</i> dos dentes anteriores superiores em fundo preto.	44
Figura 6	Vista frontal dos dentes anteriores no enceramento diagnóstico realizado sobre o modelo de estudo da paciente.	45
Figura 7	<i>Close up</i> dos dentes anteriores da paciente com o <i>mock up</i> de resina bisacrílica realizado para prova estética.	45
Figura 8	Vista frontal dos dentes anteriores da paciente após a realização de plástica gengival nos elementos 11 e 21, como planejado no enceramento diagnóstico feito no modelo de estudo tendo como base o <i>mock up</i> . Observe a harmonia entre a forma e tamanho dos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.	46
Figura 9	Observa-se o resultado após 10 dias da cirurgia plástica gengival, que comprovam previsibilidade do resultado e a harmonia de face, sorriso, gengiva e dentes.	46
Figura 10	Vista frontal da região anterior de maxila, com os dentes incisivos centrais superiores recebendo preparo vestibular e incisal para confecção de faceta de porcelana. Os preparos foram orientados pelos guias de silicone previamente confeccionados no modelo encerado.	47

Figura 11	Preparos com o fio afastador #000 (Ultra-Pack, Ultradent) em posição. Pode-se observar os términos cervicais nítidos.	48
Figura 12	Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime – Heraus Kulzer) sendo injetada no interior do sulco gengival após remoção do fio retrator #000 (Ultra-Pack, Ultradent).	48
Figura 13	Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime – Heraus Kulzer) sobre todos os dentes preparados.	49
Figura 14	Vista superior da moldeira de estoque carregada para a inserção contendo a massa densa (azul) e a massa leve (verde) do silicone de adição.	49
Figura 15	Moldeira de estoque selecionada para a paciente contendo a massa densa e massa leve do silicone de adição (Flexitime – Heraus Kulzer), e levada em posição no arco superior.	50
Figura 16	Vista frontal dos dentes anteriores da paciente durante a seleção de cor do substrato, envolvendo 1M2 e também da cor final desejada 1M1.	50
Figura 17	Peças em fundo preto. Observe a riqueza de detalhes, a translucidez das peças e a espessura.	51
Figura 18	Laminado cerâmico. Observe a espessura da peça, seu perfil de emergência, cor e riqueza de detalhes.	52
Figura 19	Vista frontal e incisal dos laminados cerâmicos (dentes 11 e 21) e lentes de contato (dentes 12 e 22) adaptados em modelo troquelado.	53
Figura 20	Seleção de cor do agente cimentante com pastas <i>try-in</i> do cimento Rely X Veneer (3M Espe, São Paulo, Brasil) na cor TR e B1, respectivamente. A cor TR ficou mais homogênea, sem alteração de cor significativa.	54
Figura 21	<i>Close up</i> frontal, mostrando a harmonia entre dentes e contorno gengival, a mucosa gengival já totalmente reparada, ao final da restauração.	54

Figura 22	Vista frontal, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração. Note como as restaurações promoveram um sorriso mais harmonioso e estético.	55
Figura 23	Vista lateral, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração.	56
Figura 24	<i>Close up</i> da vista lateral direita e esquerda, respectivamente, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração.	57

LISTA DE ABREVIATURAS

MIH (máxima intercuspidação habitual).

SUMÁRIO

1.	Introdução	13
2.	Proposição	15
3.	Revisão da literatura	16
3.1.	Evolução dos sistemas cerâmicos	16
3.2.	Classificação dos preparos minimamente invasivos	20
3.3.	Indicações dos preparos minimamente invasivos	21
3.4.	Contra indicações dos preparos minimamente invasivos	23
3.5.	Vantagens dos preparos minimamente invasivos	24
3.6.	Desvantagens dos preparos minimamente invasivos	25
4.	Descrição do caso clínico	26
5.	Discussão	31
6.	Considerações finais	33
	Referências	34
	Anexo	42

1. INTRODUÇÃO

A busca pela imagem perfeita é um assunto em voga que aponta para desejos e temas da atualidade. A mídia e diversos meios de comunicação, como a televisão, a internet, o celular, as redes sociais, aumentaram a preocupação das pessoas com a aparência (MARTIN *et al.*, 2007).

Na hierarquia de importância, os olhos seguidos do sorriso são as características faciais mais relevantes para avaliar a beleza. As pessoas chegam ao consultório com exigências estéticas altíssimas e buscam mudanças que ofereçam aspecto de naturalidade (KINA *et al.*, 2007).

Cabe ao cirurgião dentista, conhecer as expectativas de seu paciente e entender qual o seu conceito de beleza. Conceito este subjetivo, ou seja, considera o que a pessoa, individualmente, acredita ser belo. Opinião que pode ser influenciada por diversos fatores: sociais, culturais, psicológicos. É temporal, se altera em função do tempo, muda conforme os valores e a idade (FRADEANI, 2006).

Assim, após o profissional captar os anseios do paciente ele pode lançar estratégias para atender sua expectativa, traçando as possíveis soluções terapêuticas para iniciar o planejamento e executar o plano de tratamento.

O aumento na procura por soluções estéticas do sorriso fez com que tanto as técnicas como os materiais fossem largamente estudados e conseqüentemente desenvolvidos. Assim, nos dias atuais, a Odontologia proporciona tratamentos conservadores com desgaste mínimo ou nulo associado a técnicas adesivas, obtendo previsibilidade e longevidade além, é claro, da satisfação do paciente (AHMAD, 2008).

O sorriso se torna mais atraente quando associamos de forma harmoniosa a estética branca, representada pelos dentes, e estética rosa associada a gengiva (MORLEY e EUBANK, 2001).

Para alcançar a harmonia estética, frequentemente é preciso traçar um plano de tratamento multidisciplinar, associando várias especialidades para a resolução do caso clínico.

As restaurações minimamente invasivas tem se mostrado uma alternativa de tratamento bem sucedida, tanto no reestabelecimento da estética dental, quanto como recurso reabilitador da função mastigatória (KINA e BRUGUERA, 2006).

São consideradas restaurações minimamente invasivas os laminados, as lentes de contato e os fragmentos. As restaurações minimamente invasivas convencionais demandam um pequeno desgaste na superfície do dente, já as não convencionais podem inclusive não haver qualquer tipo de preparo. O desgaste deve ser planejado com auxílio do enceramento e *mock up* e orientados pelos guias de desgaste.

As cerâmicas adesivas são o material de escolha para esta modalidade restauradora, pois apresentam inúmeras vantagens, reunindo a qualidade 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).

Desta forma esse trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as reabilitações estéticas com preparos minimamente invasivos e descrever, por meio do relato de um caso, o passo a passo do protocolo clínico a ser seguido pelo profissional para a resolução estética.

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar por meio do caso clínico a reconstrução estética anterior com preparos minimamente invasivos associada à plástica gengival. Será apresentada uma breve revisão de literatura abordando a evolução dos sistemas cerâmicos, as indicações e contra indicações desta modalidade restauradora.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Evolução dos sistemas cerâmicos

O interesse por materiais restauradores não metálicos, biocompatíveis e mais estéticos data do século passado, quando, em 1903, o Dr. Charles Land produziu uma coroa de jaqueta de porcelana feldspática (ANUSAVICE, 1998).

Em 1928 uma técnica inovadora foi introduzida pelo dentista americano Charles L. Pincus, conhecida como "Laminados de Hollywood", criados para atender a demanda estética de seus pacientes, em sua maioria artistas de cinema. O princípio desses laminados era semelhante ao dos laminados utilizados atualmente, com a diferença de que, pela não existência de cimentação adesiva eram posicionados com adesivos para dentadura, dessa forma, os trabalhos eram uma solução temporária que os atores utilizavam durante a filmagem e fotografia (PINCUS, 1938).

As metalocerâmicas, introduzidas em 1956 por Brecker, foram amplamente usadas, porém, apresentam desvantagens como: estética desfavorável, dificuldade de se obter translucidez, margem metálica visível, biocompatibilidade insuficiente. Algumas mudanças no preparo para esse tipo de restauração foram realizadas para melhorar a sua estética, porém, em algumas situações elas não apresentam resultados satisfatórios, obrigatoriamente, era necessário uma maior opacidade da cerâmica para cobrir o substrato metálico (BRECKER, 1956).

Com o objetivo de melhorar as propriedades físicas e mecânicas das cerâmicas, em 1965, McLean adicionou Al_2O_3 , surgindo então as porcelanas aluminizadas. Entretanto sua aplicabilidade continuou limitada, visto que o material ainda apresentava-se frágil, com facilidade de propagação de trincas, baixa resistência à tração e grande resistência ao desgaste.

Deste modo, as restaurações metalocerâmicas continuaram em uso devido à sua maior previsibilidade e por apresentar estética razoável (HIRATA e CARNIEL, 1999).

A cerâmica reforçada por leucita, introduzida em 1976, é indicada para coroas unitárias, onlays, inlays. Possui resistência a flexão, alto módulo de ruptura e resistência a compressão maior em relação as cerâmicas feldspáticas convencionais.

No final da década de 70, a maioria dos fabricantes aderiram a tecnologia CAD-CAM, esse termo designa o desenho de uma estrutura protética em um computador (Computer Aided Desing) seguido de sua confecção por uma máquina de fresagem (Computer Aided Manufacturing) desenvolvida pela indústria aeronáutica e automobilística (BOTTINO, 2009).

Essa técnica pode ser realizada com uma variedade de materiais disponíveis, como: cerâmicas vítreas reforçadas por leucita, cerâmicas vítreas a base de dissilicato de lítio, dióxido de zircônio pré-sintetizado ou em estado HIP (Hot isostatic pressed), titânio, ligas nobres, cobalto cromo. Dos sistemas mais usados atualmente para a fabricação de coroas, a tecnologia CAD-CAM é a que menos depende da habilidade manual do técnico (STRUB *et al.*, 2006).

Assim, visando melhorar estética, principalmente nas regiões anteriores, já no início da década de 80, as restaurações puramente cerâmicas, começaram a ser efetivamente utilizadas com preparos de coroas totais. Contudo essa é uma abordagem muito invasiva, visto que desgasta quantidades consideráveis de estruturas dentais sadias, além de poder causar efeitos adversos sobre a polpa e tecidos periodontais.

Em 1980, Werner Mormam e Marco Brandestini, na Suíça, desenvolveram o primeiro sistema a ser utilizado e comercializado de forma viável, o CEREC (Ceramic Reconstruction), os objetivos principais dessa tecnologia eram: automatizar um processo manual de modo a obter um material de elevada qualidade, padronizar processos de fabricação e reduzir custos de fabricação (MORMANN, 2004).

Também em 1980 foram introduzidas as cerâmicas feldspáticas, contendo 45% de cristais de mica tetrasilica com flúor. O processo de fundição ocasionava aumento na resistência. Esse material era indicado para confecção de coroas anteriores e posteriores, inlays, onlays e facetas laminadas, nos quais eram aplicados pigmentos na superfície externa, para se conseguir a cor desejada. Essa pigmentação era facilmente removida. Isso foi resolvido utilizando esse material sob uma cerâmica feldspática que era aplicada na superfície. Esse material apresentava como desvantagem a comum fratura em dentes posteriores (DENRY, 1996).

A cerâmica feldspática reforçada por alumina, em 1995, foi introduzida no mercado com coping ou infraestrutura infiltrada por vidro, contendo 70% a 85% das partículas de alumina (SADOUN, 1998). É indicado para confecção de coroas unitárias anteriores, posteriores e prótese parcial fixa de 3 elementos anteriores. Os valores de resistência a flexão variam de 450 a 600 MPa (GUAZZATO *et al.*, 1998).

Temos também a cerâmica composta por alumina e magnésio. A diferença na composição proporcionou a obtenção de um material com maior translucidez por causa do baixo índice de refração do alumínio de magnésio e de matriz de vidro, permitindo melhorar os aspectos estéticos (GIORDANO, 2000).

As cerâmicas ou sistemas cerâmicos ácido sensíveis (feldspáticas, feldspáticas reforçadas por leucita, dissilicato de lítio) são as mais indicadas em situações de preparos sem propriedades retentivas, como nos casos de laminados e fragmentos cerâmicos, pois são cerâmicas que permitem condicionamento da sua superfície interna e possibilidade adesiva ao substrato (BARÃO *et al.*, 2010).

Na cimentação, o condicionamento cerâmico preconizado pela técnica da cimentação adesiva, possibilita o uso de um sistema ácido sensível, é considerada a melhor forma de obter a união química-mecânica entre estrutura dental e a superfície interna das peças metal free. Essa condição é obtida através da ação de um ácido (hidrofluídrico 9 a 12%, de 20 segundos a 2 minutos) associado a um posterior sistema de silanização (composto

bifuncional) que garante união química entre um composto orgânico e outro inorgânico (ARAUJO, 2010).

Em virtude da grande quantidade de cerâmicas odontológicas presente no mercado é importante que o profissional conheça as características de cada material e suas indicações para empregá-lo com maior segurança.

3.2. Classificação dos preparos minimamente invasivos

Conceição *et al.* (2007) classificaram os laminados cerâmicos de forma objetiva e didática quanto:

Profundidade do preparo: sem desgaste dental, desgaste em esmalte, desgaste em esmalte/dentina,

Extensão do laminado: total, total com recobrimento incisal,

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

Já Fuso *et al.* (2013) classificam de acordo com a sua extensão, podendo ser:

Preparo Parcial (**Fragmentos**) – desgaste é feito somente em regiões que impeçam a adaptação das peças,

Preparo Ultraconservador (“**Lentes de Contato Dental**”) – desgaste é feito somente em regiões que impeçam a adaptação das peças, 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.

3.3. Indicações dos preparos minimamente invasivos

Os preparos minimamente invasivos são indicados para região anterior ou dentes posteriores onde haja comprometimento da estética com as seguintes alterações:

Alteração de cor, anomalias de forma, modificação da forma, textura superficial anormal, alteração do alinhamento dental, fechamento de diastemas e restabelecimento de guias de desoclusão (ANDRADE e ROMANINI, 2004; BOTTINO *et al.*, 2009).

Quando vários dentes apresentam perdas significativas da estrutura coronal, casos clínicos em que problemas generalizados são observados, bem como grande número de restaurações extensas, como manchamentos e alterações de forma, observados em vários dentes (HIRAMATSU, 2013).

Mezzalira (2011) acrescenta ainda a correção da forma e posição dentária, fechamento de diastemas, substituição de restaurações em resina composta, abrasão, erosão e até mascaramento de pigmentação.

Já Vieira (2005) cita a recuperação da estética de dentes escurecidos por tratamento endodôntico ou esclerosados, sendo possível devolver a cor original ao dente com esse tipo de prótese.

Soares *et al.*, (2001); Souza *et al.*, (2002); Magne e Belser (2003); Bertrami *et al.*, (2006); Kina *et al.*, (2007); especificaram que as alterações de cor podem ocorrer devido ao escurecimento por tetraciclina, hipoplasias de esmalte, alterações congênitas, dentes com grandes restaurações na face vestibular ou ainda, na correção de desvios de alinhamento e nivelamentos dentais.

Nos casos de alteração de cor por tratamento endodôntico, Apayco *et al.*, (2009) preconizam a colocação de pino intra-canal para aumentar a resistência do dente.

Dentes que apresentem alterações de cor, forma ou posição, dentes com amplas restaurações que envolvam a face vestibular (CONCEIÇÃO, 2007; SIMÃO JUNIOR e BARROS, 2011).

As alterações e correções das relações oclusais como obtenção dos guias anterior e de lateralidade (SILVA *et al.*, 1999; GONZALES *et al.*, 2011).

Portanto, na presença de quantidade de remanescente coronário que permita preparos mais conservadores, os preparos minimamente invasivos podem ser a opção restauradora para recuperar as inúmeras alterações de cor, posição, alinhamento, forma, contorno, textura, proporção e correções oclusais.

3.4. Contra indicações dos preparos minimamente invasivos

Dentes com estrutura coronária muito reduzida, dentes excessivamente vestibularizados e que apresentam grande giroversão ou apinhamento. Além disso, dentes com amplas restaurações já existentes ou em casos de diastemas exagerados, podem causar problemas estéticos relacionados à desarmonia do sorriso, pela desproporção entre os elementos (SOUZA *et al.*, 2002; GONZALEZ *et al.*, 2011).

O preparo para laminados, em casos de dentes extremamente vestibularizados, poderia não corrigir a posição dos dentes em questão, por exigir um desgaste na maioria das vezes exagerado comprometendo estruturalmente o elemento dental (GOLDSTEIN, 2004).

Bottino *et al.*, (2009) afirmam que pacientes que apresentam dentes extremamente destruídos podem apresentar esmalte sem suporte, e após preparo, a estrutura dental pode se tornar mais susceptível à fratura. Neste caso, o emprego de retentores intra-radiculares de fibra e coroa unitária é indicado para a reabilitação estética.

Já as alterações oclusais como oclusão de topo e pacientes com desordem temporomandibular são citados por Soares *et al.*, (2001) e Bottino *et al.*, (2009). Os autores indicam o tratamento ortodôntico e intervenções nas disfunções temporo mandibulares previamente ao tratamento estético.

3.5. Vantagens dos preparos minimamente invasivos

O grande apelo das restaurações com cerâmicas adesivas é a união da estética e resistência. A preservação da estrutura dentária se comparada às técnicas convencionais proporciona menor sensibilidade e dispensa completamente a necessidade de tratamento endodôntico (ANDRADE e ROMANINI, 2004; MARSON e KINA, 2010).

A versatilidade e rapidez dos procedimentos, por se tratar de preparos conservadores e ultra conservadores, os procedimentos de moldagem, afastamento gengival, cimentação e ajuste são facilitados (BOTTINO *et al.*, 2009).

Estas características citadas acima, associadas à previsibilidade da técnica utilizando o ensaio estético e a longevidade proporcional pela qualidade da cerâmica e procedimentos adesivos impulsionaram grandemente os trabalhos estéticos.

3.6. Desvantagens dos preparos minimamente invasivos

A realização de restaurações com laminados por parte do clínico geral parece ser uma solução satisfatória, porém é uma técnica que requer cuidados durante a moldagem (que deve ser utilizado fio afastador gengival), manuseio correto da peça cerâmica (delicadeza), cimentação eficiente e criteriosa, escolha de um laboratório e técnico especializado (SILVA *et al.*, 1999; KINA e BRUGUERA, 2006).

Mondelli *et al.*, (2003) cita principalmente a dificuldade técnica laboratorial para obtenção dos trabalhos refinados.

A dificuldade está enfaticamente relacionada à necessidade de treinamento prévio para a execução do preparo; a dificuldade em conseguir um bom resultado em dentes apinhados e com severa alteração de cor; procedimentos adesivos críticos e demorados; fragilidade da peça cerâmica antes da cimentação, preparo difícil; provisórios com alto grau de dificuldade para confecção (BARATIERI *et al.*, 2003).

4. DESCRIÇÃO CASO CLÍNICO:

Paciente HL, 20 anos, apresentou-se na clínica de prótese parcial fixa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, queixando-se de seu sorriso. A paciente identificava como desagradável a forma e proporção dos incisivos centrais superiores, e apontava também a alteração de cor destes elementos principalmente quando comparado aos incisivos laterais.

Foi realizado o exame clínico com o objetivo de analisar a face, o sorriso, o contorno gengival, forma, proporção e alinhamento das características dentais.

Em seguida realizou-se o protocolo de fotografia clínica: face (Figura 1), sorriso de pré-molar a pré-molar (Figura 3), sorriso lateral (Figura 2), dentes em MIH (Figura 4), dentes antero superiores em fundo preto (Figura 5).

O exame clínico detectou que a paciente apresentava altura do sorriso média, dentes anteriores (11 e 21) com coroa clínica curta. Os dentes apresentavam ausência de placa visível e de sangramento marginal a sondagem. A profundidade de sondagem variou de 3 mm a 4 mm entre as faces vestibulares e interproximais, respectivamente. Em seguida foi realizado exame radiográfico.

Na mesma sessão clínica, realizou-se a moldagem da arcada superior e inferior com silicona de condensação pesado e leve pela técnica do reembasamento (Clonage).

Os moldes foram enviados ao laboratório de prótese para a obtenção dos modelos e posteriormente o enceramento.

O enceramento foi orientado por meio das tomadas fotográficas e das observações clínicas.

Na segunda sessão clínica o caso foi apresentado a paciente em Power Point (Microsoft EUA). Nos slides explicativos foram incluídas as fotografias da paciente, radiografias e o modelo de estudo, o enceramento e as opções de tratamento. Sobre o modelo encerado foram confeccionados guias de silicone com silicona de condensação pesado (Clonage). Um guia de silicone foi utilizado para o ensaio estético (*mock up*) e para a confecção dos provisórios

após o preparo. O outro guia confeccionado foi recortado e separado em duas metades sendo utilizado como guia de desgaste para orientar os preparos realizados.

Posteriormente, a matriz obtida dessa moldagem foi preparada, ajustada e preenchida com a resina bisacrílica, cor A1 (Protemp 4, 3M ESPE), levada a boca da paciente e mantida em posição até a completa polimerização (4 minutos). Após a polimerização, retirou-se a matriz e removeram-se os excessos grosseiros, com a resina bisacrílica em posição.

Após acabamento e polimento do *mock up*, avaliou-se o resultado obtido pelo paciente e pelo profissional (Figura 7). Observou-se criteriosamente o novo contorno gengival estabelecido pelo *mock up* e realizou-se um teste fonético para se verificar se o ensaio restaurador interferiu nas funções de mastigação, fonação e deglutição, em função das características clínicas e anatômicas da paciente foi estabelecido o seguinte planejamento: confecção de laminados cerâmicos nos elementos 11 e 21 e de lentes de contato nos elementos 12 e 22 com cerâmica de dissilicato de lítio (IPS e.Max). A técnica de aplicação selecionada foi injetada e estratificada. Foi indicado também o recontorno estético das margens gengivais dos elementos 11 e 21 como planejado previamente no enceramento.

A plastia gengival foi realizada tendo como ferramenta para orientação do contorno, o *mock up* (Figura 8). Foi aguardado período de 30 dias para a cicatrização do tecido.

Posteriormente ao período de cicatrização deu-se início ao clareamento associado. Foi realizada uma sessão de clareamento com peróxido de hidrogênio 35% ativado com laser (DMC) e orientado a utilização do peróxido de carbamida a 16%, por pelo menos duas semanas, com regime de aplicação de 4 horas diárias.

Procedeu-se então aos preparos selecionados e seus respectivos desgastes orientados pelos guias de silicone previamente confeccionados no modelo encerado. Os preparos dos laminados foram realizados com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen) e das lentes de contato com a ponta 2135F

(KG Sorensen). As espessuras de desgaste foram averiguadas através dos guias de silicone, de forma a fornecer espaço adequado para o material cerâmico. O acabamento e regularização dos preparos foram feitos com ponta 2135F (KG Sorensen) e discos de lixa (Shofu).

Na sequência, a moldagem foi executada pela técnica do fio único, sendo o fio de espessura #000 (Ultra – Pack – Ultradent – Oraltech- Brasil) embebido em solução hemostática a base de cloreto de alumínio (Viscostat Clear – Ultradent – Oraltech - Brasil), selecionado pela sondagem do sulco gengival e inserido com espátula de inserção de fio retrator (Ultradent – Oraltech – Brasil - Código 171).

A pasta leve do silicone de adição (Flexitime – Heraus Kulzer) foi injetada no interior do sulco gengival após remoção do fio retrator #000 (Ultra – Pack – Ultradent – Oraltech- Brasil) e por todo o preparo, concomitantemente com o proporcionamento e manipulação da massa densa (Flexitime – Heraus Kulzer), acomodada em moldeira de estoque e levada em posição no arco superior da paciente.

Imediatamente após a realização da moldagem foi realizada a tomada de cor e o registro com fotografias. A seleção de cor envolve a escolha da cor do substrato (1M2) e também da cor final desejada (1M1).

Após a aprovação do molde, os provisórios foram confeccionados em resina bisacrílica, cor A1, Protemp (3M, Espe) utilizando o mesmo guia de silicone que se realizou o *mock up*.

Os provisórios não foram cimentados, sendo apenas recortados os excessos após a presa da resina bisacrílica. A paciente foi orientada quanto a higienização e controle químico do biofilme dental.

Com as peças prontas após as fases laboratoriais, a paciente foi requisitada para a sessão de provas clínicas.

As peças foram delicadamente assentadas nos preparos após a remoção dos provisórios e profilaxia dos preparos com pedra-pomes e escovas Microtuft.

Sendo esta fase chamada de prova seca, onde é verificada a adaptação das peças cerâmicas aos preparos, verificando também os contatos proximais.

A seguir foi realizada a prova das peças cerâmicas com a pasta *try in* para a escolha da cor do cimento. A cor do cimento selecionado foi o transparente. Devido à pequena espessura dos laminados e lentes de contato, foi selecionado o cimento resinoso na sua forma fotopolimerizável (Rely X Veneer).

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 do substrato restaurador: ácido fluorídrico 10% por 20 segundos, lavagem abundante e secagem, banho ultrassônico por 3 minutos em água destilada, aplicação do ácido fosfórico por 1 minuto, lavagem abundante e secagem seguida da aplicação do silano por 1 minuto e secagem com ar quente por 2 minutos (secador de cabelo);
- 2- Preparo do substrato dental: isolamento absoluto modificado, aplicação de pedra-pomes e água com escovas Microtuft, lavagem e secagem com papel absorvente, ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem abundante e secagem com papel absorvente, aplicação de sistema adesivo (Single Bond), remoção dos excessos do sistema adesivo, evaporação do solvente com jato de ar. Não foi realizada a fotopolimerização.

Todas as peças foram cimentadas simultaneamente, pois o cimento resinoso na forma fotopolimerizável permite tempo adequado de trabalho para o assentamento e adaptação das peças protéticas e remoção dos excessos. O cimento resinoso Rely X Veneer, na cor previamente selecionada foi injetado cuidadosa e diretamente na superfície interna das laminas com auxílio de espátula para inserção de resina para minimizar a incorporação de bolhas.

Com as peças em posição e após o extravasamento do cimento, os excessos foram removidos com o auxílio de pincel nas superfícies livres e fio dental nas superfícies interproximais. A seguir, procedeu-se a polimerização com aparelho

Bluephase (Ivoclar Vivadent) por 40 segundos em cada face de todos os elementos dentários envolvidos na cimentação.

Vale ressaltar que após a cimentação, foi aplicado nas margens das restaurações, o gel de glicerina, efetuando a polimerização final na ausência de oxigênio, tal conduta, melhora a conversão do cimento resinoso, prevenindo percolação marginal e diminuindo o risco de micro infiltração marginal.

A sequência do procedimento clínico envolve o ajuste oclusal cuidadoso, incluindo a checagem dos contatos em MIH (máxima intercuspidação habitual), protrusão e lateralidade (esquerda e direita). Após o ajuste as peças cerâmicas que eventualmente foram tocadas com ponta diamantada (3118F, KG Sorensen) foram necessariamente polidas com pontas de carbeto de silício (DhPro) na sequência de granulação média e fina e finalizado o polimento com feltro montado em mandril.

Imediatamente após a cimentação das peças, observa-se o aspecto final da situação oral da paciente, a boa adaptação das peças sobre os substratos dentais, a adequada colocação das lâminas, a harmonia estética e funcional do sorriso, uma vez que a forma e proporção se encontram ajustadas. Pode se notar um bom perfil de emergência e principalmente ótima saúde dos tecidos gengivais.

5. DISCUSSÃO

Os preparos minimamente invasivos vieram suprir uma demanda de procedimentos estéticos que fossem mais conservadores, possibilitando novas composições estéticas com um menor desgaste dentário, sendo uma alternativa importante para as resinas compostas diretas. (AHMAD, 2008; KINA *et al.*, 2006).

É imprescindível a correta seleção do caso, adequado plano de tratamento, planejamento, conhecimento dos aspectos técnicos inerentes ao tratamento proposto com as restaurações minimamente invasivas bem como a escolha de um sistema cerâmico adequado para obtenção dos resultados previstos.

Quando buscamos excelência estética em dentes anteriores, deve-se fazer criteriosa avaliação clínica e anatômica do comprimento da coroa dental. Muitas vezes a translucidez e opacidade do remanescente dental faz com que seja necessário o clareamento prévio para que alcancemos o resultado desejado e sem dúvida contribuir para desgaste mais conservador.

O aumento da coroa clínica por meio de remoção das estruturas marginais de suporte é a solução geralmente recomendada e primeiramente considerada para o tratamento do sorriso gengival. Entretanto a variedade de condições clínicas existentes recomenda o emprego de procedimentos cirúrgicos específicos (MORLEY e EUBANK, 2001; ANDRADE e ROMANINI, 2004; BOTTINO *et al.*, 2009).

Para conferir o comprimento ideal da coroa dental lançamos mão do *mock up*, que em reabilitações estéticas terá a função de diagnóstico, planejamento e guia das cirurgias periodontais. Através dele vamos determinar a quantidade de gengiva que deve ser removida, otimizando essa etapa e fazendo com que nossos resultados sejam previsíveis, buscando sempre harmonia, equilíbrio e naturalidade no resultado estético.

A respeito das cerâmicas, podemos dividi-las em dois grupos: as cerâmicas ácido sensíveis e as ácido resistentes. Os sistemas cerâmicos ácido sensíveis (cerâmicas feldspáticas, feldspáticas reforçadas por leucita e dissilicato de lítio) são as mais indicadas em situações de preparos sem propriedades retentivas,

como nos casos de laminados, lentes e fragmentos cerâmicos, pois são cerâmicas adesivas permitindo condicionamento da sua superfície interna e possibilidade adesiva ao substrato dentário (ARAUJO, 2010).

As cerâmicas a base de dissilicato de lítio permitem o condicionamento da superfície interna da restauração com ácido fluorídrico, criando micro retenções, isso aumenta a capacidade de união ao substrato dentário. Elas são bastante indicadas para tratamentos com laminados e fragmentos cerâmicos devido as suas particularidades. Agregam ainda boa resistência flexural (400 Mpa) e força adesiva ao substrato dentário.

O sistema cerâmico à base de dissilicato de lítio denominado IPS e.Max (Ivoclar Vivadent), muito utilizado para confecção de laminados cerâmicos e fragmentos cerâmicos (lentes de contato), ele diverge dos demais devido a melhora em suas características laboratoriais. Nesse sistema observamos uma melhora significativa em suas características, como excelente resistência flexural e resistência à fratura principalmente quando instalado com cimentação adesiva, excelentes características ópticas, que proporcionam ótima estética.

Estudos clínicos citados por Nordbo *et al.*, (1994) mostraram que as restaurações cerâmicas adesivas são resistentes, apresentam ótima longevidade e são esteticamente muito agradáveis, não afetando adversamente o periodonto. Sendo assim, as vantagens desse tipo de restauração podem estar relacionadas ao material propriamente dito e ao método em si.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As restaurações minimamente invasivas representam soluções estéticas e funcionais de alta qualidade, aliando requisito de preparos conservadores e ultra - conservadores a qualidade, resistência e estética agradáveis.

Os procedimentos técnicos estão consolidados apresentando previsibilidade e longevidade. No entanto, a que se ressaltar a necessidade de conhecimento aprofundado na indicação das cerâmicas e execução impecável do procedimento clínico para alcançar o sucesso nesta modalidade restauradora.

REFERÊNCIAS

- ADDISON, O. et al. Adhesive luting of all - ceramic restorations-the impact of cementation variables and short - term water storage on the strength of a feldspathic dental ceramic. **J. Adhes. Dent.**, v. 10, n.4, p.285-294, 2008.
- AHMAD, I. **Protocolos para restaurações estéticas previsíveis**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ANDRADE, C.M.; VIEIRA, D. Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Só técnicas estéticas**. v. 1, n. 2, p. 57-60, 2004.
- ANDRADE, O. S. de, et al. Ultimate ceramic veneers: a laboratory - guided ultraconservative preparation concept for maximum enamel preservation. **Quintessence Dent. Technol.**, v.35, p.29-42, 2012.
- ANDRADE, O. S.; ROMANINI, J. C. Protocolo para laminados: relato de um caso clínico. **Revista Dental Press Estética**, v.1, n.1, p.7-17, 2004.
- ANUSAVICE, K.J. **Materiais dentários**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- APAYCO, L. et al., **Reabilitação estética de incisivos centrais superiores facetas de porcelana: Relato de um caso clínico**. Disponível em:<www.uepg.br> Acesso em: 01 jul. 2015.
- ARAÚJO, E. Fragmento cerâmico, uma alternativa para a realização de tratamentos estéticos minimamente invasivos. **Clinica- Int. J. Braz. Dent.**, v.6, n.1, p.1-11, 2010.
- BARAO, V.A. et al. Factors to achieve aesthetics in all-ceramic restorations. **J. Craniofacial Surg.**, v.21, n. 6, p.2007-12, 2010.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. Porto Alegre; Artes Médicas, 2003.

BARATIERI, L. N.; GUIMARÃES, J. **Laminados cerâmicos**. soluções clínicas: fundamentos e técnicas. Santa Catarina: Editora Ponto, 2008.

BELSER, U.C.; MAGNE, P.; MAGNE, M. Ceramic laminate veneers: continuous evolution of indications. **J. Esthet. Dent.**, v.9, n.4, p.197-207,1997.

BERTRAMI, M. A. T.; CELESTRINO, M.; KINA, S. A Excelência do reposicionamento dentário com laminados cerâmicos. **Rev. Dental Press Estética**, v. 3, n. 4, p. 43-59, 2006.

BOTTINO, M. A.; FARIA, R.; VALANDRO, L. F. **Percepção**: facetas laminadas cerâmicas. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

BRECKER, C. S. Porcelain baked to gold: a new medium in prosthodontics. **J Prosthet. Dent.**, v 6: p 801-11, 1956.

CARVALHO, P. F. et al. Modified coronally advanced flap associated with a sub epithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. **J. Periodontol.**, v. 77, p. 1901-6, 2006.

CASTRO, J. C. M. et al. Facetas laminadas em porcelana: uma opção estética para o clinico geral. **Rev. Fac. Odont, Lins**, v.12, n. 1/2, p. 24-28, 2000.

CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística**: restaurações Indiretas. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. Laminados cerâmicos. In: CONCEIÇÃO, E. et al., **Dentística**: saúde e estética. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p 478-501.

COSENDEY, V. L. Avaliação do relacionamento entre o lábio superior e incisivos durante a fala e o sorriso.[dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

DENRY, I.L. Recent advantages in ceramics for dentistry. *Crit. Rev. Biol. Med.*, v.7, n.2, p.134-43, 1996.

DIMATTEO, A. M. Prep VS no-prep: the evolution of veneers. *Inside Dentistry*, v.5, n.6, p 72-79, 2009.

DONG J. F. et al. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *Prosthodont.*, v.12, n.1, p. 9-19, 1999.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R.; ARIAS-ROMERO J.; SIMONNEAU-ERRANDO, G. Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial. *RC oe*, v. 10, n. 3, p. 289-302, 2005.

FRADEANI M. **Esthetic analysis**: a systematic approach to prosthetic treatment. Chicago: Quintessence Books, 2004.

FRADEANI, M. Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. *Eur. J. Esth. Dent.*, v.1, n.1, p 62-69. 2006.

FUSO, A.; BOTTINO, M. A.; FARIA, R. Faceta laminadas: funcionais, estéticas e preservadoras. *Rev Implante News*, v.10, n.4, p. 34-40, 2013.

GIORDANO, R. A comparison of all-ceramic restorative systems.Part 2. *Gen. Dent.*, v.48, n.1, p. 38-45, 2000.

GOLDSTEIN, R. E. A. **Estética em odontologia**. 2 ed, parte 2, cap. 14, São Paulo: Santos, 2000.

GONZALES, M., R. et al. Falhas em restaurações com facetas laminadas: Uma revisão de literatura de 20 anos. *Rev. Bras. Odontol*, v. 68, n. 2, p. 238-243, 2011.

GUAZZATO, M.; ALBAKRY, N., SWAIN M. V. Mechanical properties on In-Ceram alumina e In-Ceram zirconia. **Int. J. Prosthodont.**, v. 15, n. 4, p. 339-46, 2002.

GUIMARÃES J. Laminados cerâmicos. In: BARATIERI, L. N. et al. **Soluções clínicas**: fundamentos e técnicas. Florianópolis: Ed.Ponto, 2008. p 314-355.

GUREL, G. Predictable and precise tooth preparation techniques for porcelain laminates veneers in complex cases. **Int. J. Dent.**, v. 9, n. 1, p. 30-47, 2007.

HIGASHI, C. et al. Cerâmicas em dentes anteriores: parte I: indicações clínicas dos sistemas cerâmicos. **Clínica – Int. J. Braz. Dent.**, v. 2, n. 1, p. 22-31, 2006.

HIRAMATSU, D. A. et al. Reabilitação estética anterior com facetas laminadas. **Rev Implante News**, v. 10, n. 4, p. 44-45, 2013.

HIRATA, R.; CARNIEL, C. Z. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com o uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. **J. Bras. Clin. Estet. Odontol.**,v. 3, n. 15, p. 7-17, 1999.

KANO, P. Estética com estruturas monolíticas: cerâmica IPS e max press com técnica maquiadas. In: ROMÃO J. R., W. et al. **Reabilitação estética: novas tendências**. São Paulo: Napoleão, 2012. p.138-149.

KINA, S. et al. Laminados cerâmicos. In: MIYASHITA,E.; FONSECA, A.S. Odontologia estética – o estado da arte. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 181-201.

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

KINA, S.; BRUGUERA, A. Laminados cerâmicos. **Rev. Dent. Press Estética**, v. 3, n. 2, p. 45-69, 2006.

KINA, S.; BRUGUERA, A.; CARMO, V. H. Laminados Cerâmicos. In: KINA, S.; BRUGUERA A. **Invisível** restaurações estéticas. Maringá: Dental Press, 2007. p.321-407.

KINA, S.; BRUGUERA, A.; ROMANINI, J. C. Cerâmicas Dentárias. In: **Invisível**: restaurações estéticas. Maringá: Dental Press, 2007. p.125-183.

LAYTON, D. et al. A Systematic review and meta-analysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. **Int. J. Prosthodont.**, v. 26, n. 2, p. 111-124, 2013.

LESAGE, B. Revisiting the design of minimal and no-preparation veneers: a step by step technique. **J. Calif. Dent. Assoc.**,v.38, n.8, p.561-569, 2010.

MAGNE, P.; BELSER, U. Estética dental natural. In: MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior**: uma abordagem biomimética. São Paulo: Quintessence, 2003. p. 57-96.

MARSON, F. B. C.; KINA, S. Restabelecimento estético com laminados cerâmicos. **Rev. Dent. Press Estética**, v.7, n.3, p.82-92, 2010.

MARTIN, J. A. et al. The impact of buccal corridors on smile attractiveness. **Eur. J. Orthodontics**, v. 29, n. 5, p. 530-537, 2007.

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**, v.1, n.5, p.49-54, 2003.

MORLEY, J.; EUBANK J. Macroesthetic elements of smile design. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 132, n. 1, p. 39-45, 2001.

MORMANN, W. H. The origin of the Cerec method: a personal review of the first 5 years. **Int. J. Comput. Dent.**, v.7, n.1, p.11-24, 2004.

NASCIMENTO, R. C. **Avaliação da resistência ao micro cisalhamento na interface de união entre a porcelana feldspática e esmalte**. 2013. 97f. Dissertação - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

NORDBO, H.; RYGH-THORENSEN, N. HENAUG, T. Clinical performances of porcelain laminate veneers without incisal overlapping: 3-year results. **J Dent**; v. 22 n. 2 p. 342-45, 1994.

OBBERG, C. Cirurgia periodontal estética - inter-relação com a odontologia restauradora. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 23, n. 3, p. 39-41, 2001.

PECK, S.; PECK, L.; KATAJA, M. Some vertical lineaments of lip position. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 101, n. 6, p. 519-24, 1992.

PEUMANS, M. et al. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. **J. Adhes. Dent.**, v. 6, n. 1, p. 65-76, 2004.

PINCUS, C.L. Building mouth personality. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v. 14, n. 4, p. 125-9, 1938.

PUPPIN, F.A. **Avaliação quantitativa de medidas dento-faciais relacionadas à altura da linha do sorriso**. [dissertação]. Rio de Janeiro Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

SADOUN, M. **All-ceramic bridges with slip casting technique**. Chicago: Quintessence Publishing, 1998.

SCOPIN DE, A. O. et al. Passo-a-passo na reabilitação estética e ultraconservadora usando cerâmica dissilicato lítio. São Paulo: Quintessence, 2010.

SHETTY, A. et al. Survival rates of porcelain laminate restoration based on different incisal preparation designs: an analysis. **Conserv. J. Dent.**, v. 14, p. 10-15, 2011.

SILVA, S. A. et al. Reconstrução da guia anterior por meio de ortodontia e facetas laminadas: relato de um caso. **Rev. Fac. Odont Passo Fundo**, v. 4, n. 2, p. 41-45, 1999.

SIMÃO JUNIOR, B. S.; BARROS, C. C. P. Reabilitação estética com faceta indireta em porcelana. **Rev. Odontol. Planalto Central**, v. 2, n. 1, p. 9-15, 2011.

SOARES, C. J. et al. Facetas laminadas em cerâmica: alternativa estética em dentes anteriores. **J. Bras. Clin. Integ.**, v. 5, n. 29, p. 200-212, 2001.

SOUZA, E. M. et al. Facetas estéticas indiretas em porcelana. **J. Bras. Dent. & Estét.**, v. 1, n. 3, p. 156-262, 2002.

STOLL, L. B.; NOVAES, A.B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v. 51, n. 3, p. 269-273, 1997.

STRUB J. R.; REKOW, E. D.; WITKOWSKI, S. Computer-aided design and fabrication of dental restorations: current systems and future possibilities. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 137, n. 9, p. 1289-96, 2006.

TODESCAN, F. F.; PUSTIGLIONI, F.E.; CARNEIRO, S.R.S. Aumento de coroa clínica com finalidade estética e terapêutica. In: CARDOSO, R.J.A.; GONGALVES, E. A. N. **Estética**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 317-328.

TOUATI, B.; MIARA, P.; NATHANSON, D. Facetas laminadas cerâmicas. In: TOUATI, B. **Odontologia estética e restaurações cerâmicas**. São Paulo: Santos, 2000. p.161-213.

TUMENAS, I; ISHIKIRIAMA, S.M. **Planejamento estético integrado em Periodontia / Dentística**. In: CARDOSO, R.J.A.; GONGALVES, E.A.N. *estética*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 251-281.

VIEIRA, S. Discutindo ciência. Facetas laminadas em porcelana e coroas livres de metal: uma opção estética. **Rev. Ibero Americana Odont. Estét. Dentíst.**, v. 4, n.13, p 101-102, 2005.

ANEXO - FIGURAS



Figura 1. Vista frontal do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.



Figura 2. Vista lateral direita e esquerda, respectivamente, do aspecto do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.



Figura 3. Vista frontal dos dentes em oclusão denotando desarmonia de cor e forma dos mesmos.



Figura 4. *Close up* da região anterior. Observe a desarmonia de cor e forma entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.



Figura 5. *Close up* dos dentes anteriores superiores em fundo preto.

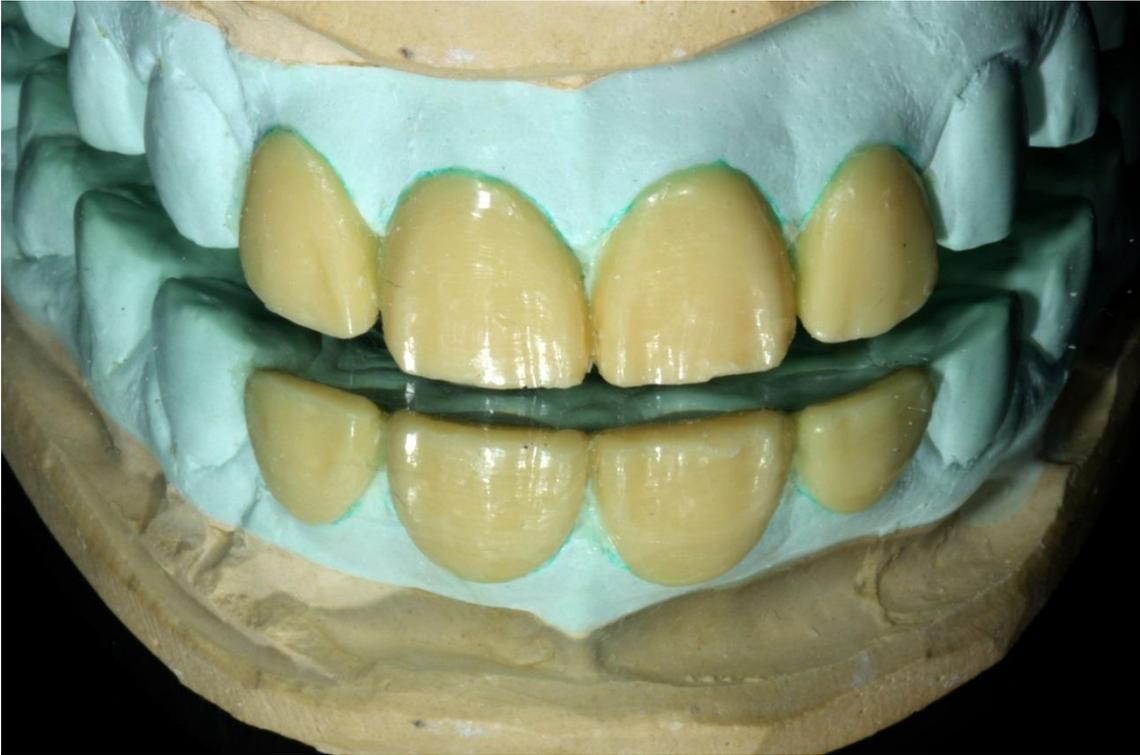


Figura 6. Vista frontal dos dentes anteriores no enceramento diagnóstico realizado sobre o modelo de estudo da paciente.



Figura 7. *Close up* dos dentes anteriores da paciente com o *mock up* de resina bisacrílica realizado para prova estética.



Figura 8. Vista frontal dos dentes anteriores da paciente após a realização de plástica gengival nos elementos 11 e 21, como planejado no enceramento diagnóstico feito no modelo de estudo tendo como base o *mock up*. Observe a harmonia entre a forma e tamanho dos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores.



Figura 9. Observa-se o resultado após 10 dias da cirurgia plástica gengival, que comprovam previsibilidade do resultado e a harmonia de face, sorriso, gengiva e dentes.



Figura 10. Vista frontal da região anterior de maxila, com os dentes incisivos centrais superiores recebendo preparo vestibular e incisal para confecção de faceta de porcelana. Os preparos foram orientados pelos guias de silicone previamente confeccionados no modelo encerado.



Figura 11. Preparos com o fio afastador #000 (Ultra-Pack, Ultradent) em posição. Pode-se observar os términos cervicais nítidos.



Figura 12. Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime –Heraus Kulzer) sendo injetada no interior do sulco gengival após remoção do fio retrator #000 (Ultra- Pack, Ultradent).



Figura 13. Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime – Heraeus Kulzer) sobre todos os dentes preparados.



Figura 14: Vista superior da moldeira de estoque carregada para a inserção contendo a massa densa (azul) e a massa leve (verde) do silicone de adição.



Figura 15. Moldeira de estoque selecionada para a paciente contendo a massa densa e massa leve do silicone de adição (Flexitime – Heraeus Kulzer), e levada em posição no arco superior.

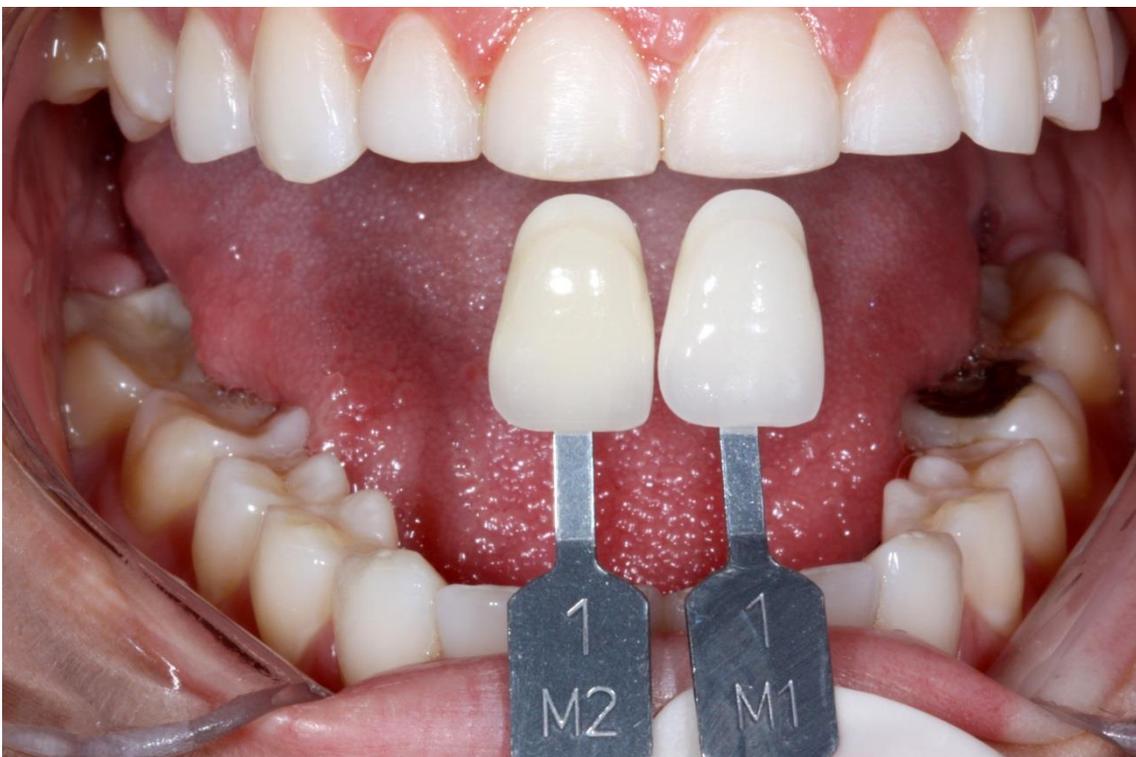


Figura 16. Vista frontal dos dentes anteriores da paciente durante a seleção de cor do substrato, envolvendo 1M2 e também da cor final desejada 1M1.



Figura 17. Peças em fundo preto. Observe a riqueza de detalhes, a translucidez das peças e a espessura.

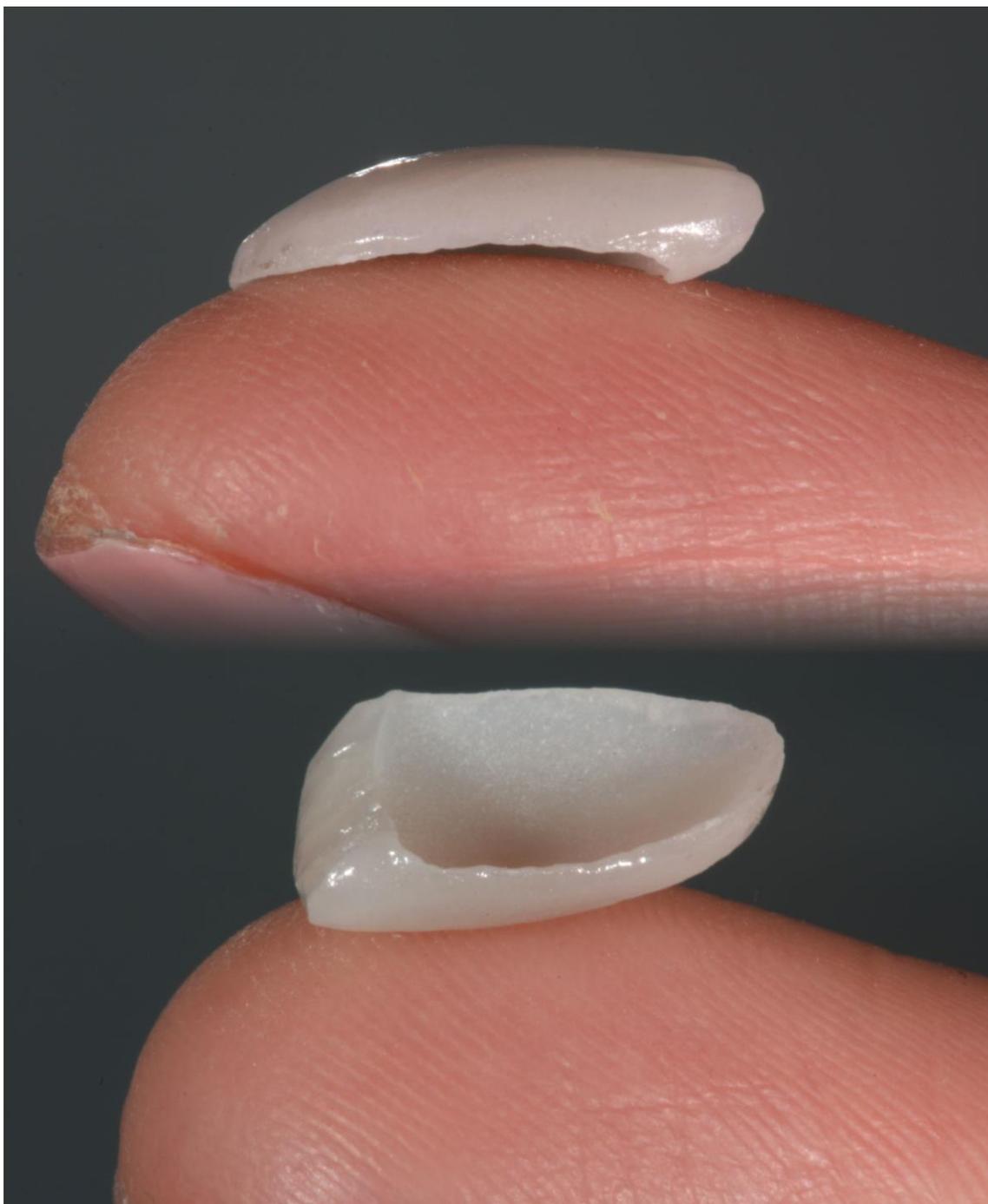


Figura 18. Laminado cerâmico. Observe a espessura da peça, seu perfil de emergência, cor, e riqueza de detalhes.

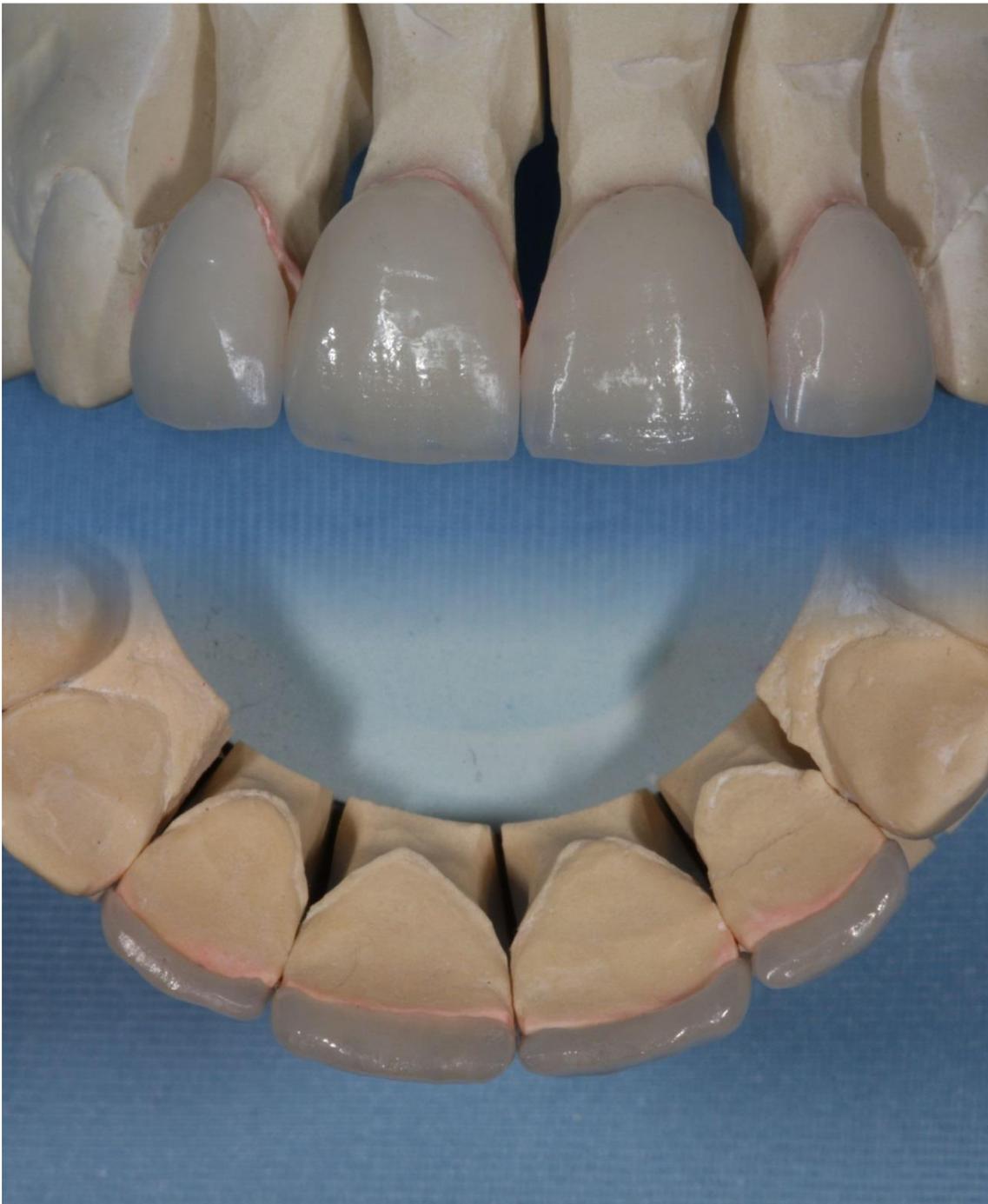


Figura 19. Vista frontal e incisal dos laminados cerâmicos (dentes 11 e 21) e lentes de contato (dentes 12 e 22) adaptados em modelo troquelado.



Figura 20. Seleção de cor do agente cimentante com pastas try-in do cimento Relay X Veneer (3M Espe, São Paulo, Brasil) na cor TR e B1, respectivamente. A cor TR ficou mais homogênea, sem alteração de cor significativa.



Figura 21. *Close up* frontal, mostrando a harmonia entre dentes e contorno gengival, a mucosa gengival já totalmente reparada, ao final da restauração.



Figura 22. Vista frontal, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração. Note como as restaurações promoveram um sorriso mais harmonioso e estético.



Figura 23. Vista lateral, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração.



Figura 24. *Close up* da vista lateral direita e esquerda, respectivamente, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração.