

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PAULO RENATO CARDOSO MATTOS

LENTE DE CONTATO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Porto Alegre  
2016

PAULO RENATO CARDOSO MATTOS

LENTE DE CONTATO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Nunes Rolla

Porto Alegre  
2016

### CIP - Catalogação na Publicação

mattos, Paulo renato cardoso  
Lentes de contato: relato de caso clínico / Paulo  
renato cardoso mattos. -- 2016.  
30 f.

Orientadora: Juliana Nunes Rolla.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2016.

1. lentes de contato. 2. cerâmica. 3. facetas. 4.  
odontologia estética. I. Rolla, Juliana Nunes,  
orient. II. Título.

Aos meus pais, irmãos e minha madrasta, que tanto torceram por mim e possibilitaram que eu chegasse até o final da minha graduação, em especial a minha mãe Noeli Cardoso Mattos que foi meu porto seguro, me dando carinho, compreensão nos dias de estresse e sendo muitas vezes meu despertador; e à Janaina Cardoso Mattos que sempre foi uma segunda mãe além de irmã.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Juliana Nunes Rolla pela paciência, pelos ensinamentos, pela amizade, confiança e me mostrar o quão bela e emocionante é a nossa profissão e que mesmo depois de muitos anos na área e centenas de pacientes atendidos, ainda assim se emocionar junto com o paciente quando o mesmo se olha pela primeira vez no espelho.

"Nada é suficientemente bom.  
Então vamos fazer o que é certo.  
Dedicar o melhor dos nossos esforços para atingir o inatingível,  
desenvolver ao máximo os dons que Deus nos concedeu,  
e nunca parar de aprender."

Ludwig Van Beethoven

## RESUMO

MATTOS, Paulo Renato Cardoso. **Lentes de contato:** relato de caso clínico. 2016. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A odontologia cosmética está cada vez mais presente no dia a dia do cirurgião dentista. Isso se dá pela evolução dos materiais utilizados na odontologia, como o exemplo dos sistemas adesivos que avançaram muito, e também ao acesso que os pacientes possuem as informações dos tratamentos disponíveis. Aliado a isso atualmente a mídia tem divulgado as lentes de contato dentais como uma alternativa para a correção e devolução da harmonia do sorriso. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo a realização e o relato de caso clínico e para isso utilizou como base para a realização e devolução de estética dental o uso de lentes de contato dentais e o que de mais atual existe na literatura sobre o assunto.

Palavras-chave: Estética dentária. Odontologia estética. Cerâmica. Facetas dentais.

## **ABSTRACT**

MATTOS, Paulo Renato Cardoso. **Dental veneers:** case report. 2016. 30 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Cosmetic odontology is increasingly present in the day-to-day life of the dental surgeon. This is due to the evolution of the materials used in odontology, such as the example of the adhesive systems that have advanced a lot, as well as the patients access to available treatment information, Just as the media has now widely publicized dental veneers as an alternative to the correction and return of smile harmony. Therefore, the present study objetifies the accomplishment and the report of the clinical case annalizing the achievements and the return of dental aesthetics, the use of dental veneers and the newest works in literature on the subject .

Keywords: Dental aesthetics. Aesthetic dentistry. Ceramics. Veneers.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1	CERÂMICAS ODONTOLÓGICAS.....	14
<b>3.1.1</b>	<b>Cerâmicas puras.....</b>	<b>15</b>
3.2	MODELOS DE ESTUDO E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO.....	17
3.3	ENSAIOS DIAGNÓSTICOS INTRA-ORAIS OU MOCKUP.....	17
3.4	ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO EM PREPAROS DENTAIS.....	18
3.5	LENTE DE CONTATO.....	18
<b>4</b>	<b>RELATO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
	<b>ANEXO – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE IMAGEM.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente a busca por um sorriso perfeito está a cada dia mais em alta tanto pelo apelo da sociedade por dentes brancos e alinhados, quanto pelo avanço dos materiais odontológicos e dos procedimentos restauradores, que cada vez tornam-se menos invasivos e podem adaptar-se as necessidades do paciente, assim como sua condição econômica podendo ir desde restaurações com resinas compostas diretas, facetas de porcelana e até mesmo lentes de contatos dentais. Estas possibilitam alterar, cor, textura ou corrigir pequenas alterações de posição no arco (MAZZARO; ZAVANELLI, 2010). Segundo Hiratta e Carniel (2009) os procedimentos mais utilizados para harmonização de dentes anteriores são o facetamento direto ou indireto. A escolha entre qual técnica será utilizada deve levar em conta a avaliação clínica do cirurgião dentista aliado ao seu conhecimento técnico científico.

As facetas diretas são uma boa opção quando levamos em conta que elas possuem um custo mais baixo pois a realização não depende de etapas laboratoriais Hiratta e Carniel ainda destacam que o procedimento é feito apenas por uma pessoa que terá o controle de formato, cor e adaptação marginal da restauração, esse processo é reversível sendo passível de alterações e reparos mesmo após a sua conclusão.

Mesmo aliado a tantos benefícios as restaurações em resina composta direta possuem limitações técnicas como o bom acabamento cervical, perfil de emergência e escolha de cor. Além disso o procedimento pode acabar tornando-se cansativo para o profissional, problemas que podem ser solucionados com o uso de facetas indiretas em cerâmica que devem reproduzir as características originais do elemento dentário e para isso devemos ter uma espessura adequada da cerâmica assim como preparos dentais corretos (GHILARD; LOPES, 2009).

O pioneiro na utilização de porcelana como recurso estético foi o dentista Charles Pincus no final da década de 20. As facetas eram semelhantes as utilizadas atualmente, porém eram restritas aos sets de filmagens de Hollywood para correções nos sorrisos dos atores, porém devido à dificuldade de adesão essas facetas eram utilizadas justapostas ao dente de maneira temporária e acabaram caindo em desuso.

Sua popularidade foi retomada nos anos 80 quando Simonsen e Calamia introduziram o condicionamento da superfície da peça com ácido fluorídrico e a silanização da mesma, como forma de aumentar a adesão com o cimento resinoso perdendo assim sua característica de algo provisório e dando mais destaque as facetas de cerâmica como alternativa conservadora na odontologia estética (SPEAR, 2008).

Com advento da retenção adesiva aliada a evolução e tecnologia dos materiais odontológicos possibilitou preparos dentais altamente conservadores o que permite a remoção mínima de tecido hígido da superfície dentária e em alguns casos o não preparo do dente. Isso só é possível devido a evolução das cerâmicas odontológicas que nos permitem produzir facetas resistentes e ao mesmo tempo tão finas com espessuras que variam de 0,3 a 0,5mm que chamamos atualmente de lentes de contato. Estas são atualmente consideradas previsíveis em termos de longevidade, resposta periodontal e satisfação do paciente (SHETTY et al., 2011). Dentre as marcas comerciais mais utilizadas se destacam porcelanas Lumineers e IPS e.max Press que permitem a confecção de peças extremamente finas e requerem pouco ou em alguns casos nenhum desgaste dental.

Nos casos em que opta por uma conduta mais conservadora, ou seja, pelo não-desgaste dental, isso nos traz vantagens como não ser necessário o uso de anestésicos, o procedimento se tornar reversível uma vez que a superfície do dente continua hígida, além de uma maior aceitação por parte do paciente. Outra vantagem é a rapidez da técnica e não ser necessário o emprego de provisórios assim como uma durabilidade maior da restauração devido à adesão em esmalte. Além disso evitamos a sensibilidade pós-operatória pois a superfície dental continua íntegra (IBSEN et al., 2006; CHRISTENSEN, 2008).

Para Malcmacher (2005) como desvantagem do não-preparo ele destaca o fato de que o dente pode ficar com aspecto de mais grosso e algumas vezes levar a necessidade de intervir nos elementos adjacentes afim de alinhar todos no arco, assim como apresentar sobre contornos uma vez que não temos limitações de área por não haver nenhum desgaste. No entanto McLaren (2006) enfatiza que o que irá determinar a necessidade ou não de desgaste dentário será o estudo do sorriso do paciente e quando tivermos que mascarar alguma alteração de cor devemos lançar mão do desgaste evitando assim que o dente fique volumoso. A técnica a ser

utilizada deverá tomar como base evidências científicas assim como a individualidade de cada caso e nunca ser influenciada pela moda atual ou apelo mercadológico (MAGNE, 2013).

O objetivo do relato de caso foi reabilitar estética e funcionalmente o paciente através do uso de lentes de contatos dentais, devolvendo harmonia ao sorriso e tentando alcançar as expectativas do paciente.

## **2 METODOLOGIA**

O presente relato de caso clínico foi realizado a partir de coleta de informações sobre o paciente, análise de fotos e modelos de estudo. Foram levados em conta as expectativas estéticas do paciente, além de reabilitadoras. Para a revisão de literatura, foram utilizados artigos presentes nas principais bases de dados, como LILACS, Scielo e PubMed, além de revistas e livros sobre o assunto.

Foram pesquisadas as seguintes palavra-chave:

- “Estética dentária”;
- “Odontologia estética”;
- “Cerâmica”;
- “Facetas dentais”.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CERÂMICAS ODONTOLÓGICAS

A palavra cerâmica deriva do termo do grego *keramic* que significa “matéria queimada” e se refere a quaisquer materiais não metálicos, inorgânicos, contendo principalmente compostos de oxigênio com um ou mais elementos metálicos (Al, Ca, Li, Mg, K, Na, Sn, Ti e Zr) e não metálicos (Si, B, F, O), que durante sua manufatura são expostos a elevadas temperaturas. As cerâmicas odontológicas foram utilizadas pela primeira vez em 1974 por um dentista francês chamado Nicholas Dubois de Chemant e pelo químico Alex Duchateou, chamadas de feldpáticas devido ao alto teor de feldspato comparado aos demais componentes, também conhecidas como convencionais. Conhecidas por possuir um alto valor estético devido a sua natureza vítrea, além de apresentar ótima biocompatibilidade, ser isolante térmico, elétrico e também adequada solubilidade e corrosão no meio bucal. Sua primeira utilidade foi para a confecção de uma prótese para o químico Alex Duchateou com o auxílio de Nicholas Dubois de Chemant. Após observar a durabilidade e resistência que os utensílios domésticos fabricados com cerâmica tinham ao manchamento e a abrasão, diferente dos dentes feitos em marfim que eram utilizados na época que por sua vez amarelavam e traziam um odor desagradável (KELLY et al., 1996).

Sua indicação para uso odontológico ocorreu em 1886 por Land, desde então elas estão cada vez mais aprimoradas sendo um dos materiais mais utilizados para restaurações indiretas, consideradas por muitos como o melhor material quando o objetivo é a obtenção de um resultado natural semelhante a dentes hígidos, bem como por sua durabilidade. (METZLER et al., 1999).

O primeiro sistema cerâmico desenvolvido para a confecção de peças protéticas foi o de cerâmica feldspática. Sua introdução na odontologia foi feita por Charles Henry Land, em 1903, na Inglaterra onde a técnica ficou bastante famosa, ele utilizava coroas de jaqueta cerâmica, que era técnica mais estética para reconstrução dentária na época. Inicialmente esse sistema era composto principalmente por quartzo, argila branca (caolim) e feldspato e sua indicação acabou se limitando a coroas unitárias anteriores por se tratar de um material

bastante friável quando exposto ao estresse oclusal apesar do seu grande valor estético (CHAIN et al., 2000; KINA et al., 2007).

Devido a sua baixa resistência a fratura ela necessitava ser fundida sobre uma infraestrutura metálica. Ao mesmo tempo que era reforçada, perdia-se uma das suas principais características, a estética, uma vez que o brilho e a translucidez ficavam comprometidos pelo metal (ROSENBLUM; SCHULMAN, 1997). Dessa necessidade, chegaram ao mercado odontológico as cerâmicas reforçadas, que possuem a adição na fase cristalina de uma maior quantidade de cristais como a alumina, a leucita, a zircônia e o dissilicato de lítio. Em comparação a cerâmica feldspática, estes cristais incluídos servem para reforçar o material e bloquear a propagação de trincas quando submetida ao estresse oclusal e tração possibilitando seu uso em todos os tipos de casos, aliando o que mais se procura na odontologia moderna resistência e estética. (CONCEIÇÃO, 2005)

### **3.1.1 Cerâmicas puras**

Um dos principais representantes deste grupo é o IPS e.max press (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein). Este sistema possui variações quanto a composição da cerâmica até a forma como o laminado é produzido podendo ser através de fresagem ou injetável. De todas as técnicas a mais difundida atualmente é a forma injetável, levando em conta o custo benefício econômico e estético, pois são as primeiras pastilhas policromáticas para a técnica de injeção. Sua forma de apresentação é feita em lingotes, que possuem uma escala de variação de cores naturais que vão de A a D mimetizando cores de dentina até incisal, além de diversos níveis de opacidade que ajudam mascarar pigmentos e até mesmo núcleos metálicos fundidos, o que o eleger como uma ótima opção para o dia a dia do cirurgião dentista. Sua composição é feita com cerâmicas de vidro associadas uma base de dissilicato de lítio 60% ( $\text{Li}_2\text{Si}_2\text{O}_5$ ) que trazem mais resistência para a restauração indireta a ser confeccionada (GOMES, 2008). Este sistema é indicado para produção de facetas, laminados, coroas de dentes posteriores, pontes fixas anteriores e até mesmo pré-molares devido a sua resistência flexural de até 400 Mpa perdendo apenas para e.max ZirCAD que possui uma resistência de 900Mpa (CARVALHO, 2012).

A obtenção do laminado cerâmico é feita através da técnica da cera perdida, onde sobre um modelo de gesso é feito o enceramento de uma faceta ou lente de contato dental que se deseja confeccionar. Logo em seguida os padrões de cera são presos por *sprue* de cera sempre observando a posição para não impedir o correto escoamento da cerâmica em forma líquida, coloca-se dentro um molde especializado e preenche-se o espaço vazio com gesso. Sobre o molde coloca-se um injetor de alumina, e então, o conjunto é elevado a uma temperatura de 1150°. Através de uma pressão externa a cerâmica fundida é injetada para o interior do molde ocupando o lugar da cera obtendo-se então o laminado cerâmico (CONCEIÇÃO, 2005). Segundo Bona (1996) dos fatores eliminados quando comparado a cerâmica convencional é o fator de contração que ocorre durante a queima da cerâmica feldspática. Por ser injetada no estado líquido sob pressão esse fator é inexistente nesse sistema havendo apenas uma discreta mudança dimensional que pode ser compensada pela expansão do molde. As pastilhas possuem cores sólidas, por isso a cor final pode ser obtida através de uma pintura na superfície com corantes ou com uma delgada camada de cerâmica feldspática que irá mimetizar forma e coloração dos demais dentes do paciente, devendo ser feita qualquer alteração antes do glazeamento da peça. Para isso o padrão em cera é reduzido em torno de 0,3mm gerando este espaço necessário (NISHIOKA, 2002).

Segundo Stappert (2005) o sistema IPS e.Max Press possui valores de adaptação marginal menores que 120µm que são totalmente aceitáveis clinicamente quando se utiliza a cimentação adesiva. Estes dados estão associados a longevidade da restauração. Quanto ao processo de união das cerâmicas feldspáticas ao substrato dental parece ser um ponto bem estabelecido na literatura, sendo a união possibilitada pelo condicionamento da superfície do laminado com ácido fluorídrico e potencializada pela aplicação de silano, proporcionando um aumento da molhabilidade da superfície pelo cimento, outra função importante do silano realizar a ligação entre a matriz orgânica dos cimentos resinosos e a sílica presente na cerâmica (CRAIG, 2004).



### 3.2 MODELOS DE ESTUDO E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

Segundo Conceição (2005) um dos passos clínicos mais importantes para a correta execução do procedimento clínico é a obtenção dos modelos de estudo das arcadas superiores e inferiores. Com isso o cirurgião dentista tem uma visão tridimensional dos dentes observando formatos, posicionamento no arco, inclinações dentárias bem como a anatomia dental, visão esta que apenas clinicamente não conseguimos obter.

O enceramento diagnóstico é muito importante para obtenção de um resultado estético final de sucesso e ter previsibilidade do caso, além disso serve como uma ferramenta de comunicação entre o cirurgião dentista e o paciente, facilitando para que o mesmo possa imaginar o resultado final bem como demonstrar alterações estruturais que serão propostas no seu tratamento para alteração do sorriso. Outro ponto importante é ter a aprovação do paciente evitando com isso insatisfações após a conclusão do tratamento (HIGASHI, 2006)

### 3.3 ENSAIOS DIAGNÓSTICOS INTRA-ORAIS OU MOCK-UP

Segundo Magne (1999) em casos grandes onde temos alterações significantes o ensaio restaurador intra-oral se torna uma ferramenta de grande valia. Com ele é possível ter uma maior previsibilidade e uma menor chance de erros em casos difíceis, podendo em casos isolados ser descartado quando se trata de apenas um dente. Os ensaios intra-oriais (mock-up) são realizados obtendo uma moldagem em negativo do modelo de estudo em que foi realizado o enceramento diagnóstico com silicona de adição. Esta moldagem é preenchida com resina bis-acrídica que se auto polimeriza quando a pistola é acionada e o material passa pela ponteira misturadora. Leva-se em posição aguardando que o material tome presa, logo após remove-se os excessos. É muito importante destacar que qualquer ensaio deve ser feito sem o condicionamento da superfície dentária evitando assim que ocorra adesão do material provisório sobre a estrutura dentaria. Após a finalização a guia deve ser removida cuidadosamente para avaliação do enceramento em posição, com isso tanto o cirurgião dentista como o paciente poderão avaliar forma, harmonia, tamanho e volume dos dentes. Caso necessário ajustes podem ser feitos

lançando mão de discos de lixa e até mesmo brocas ou pontas diamantadas, buscando satisfação do paciente com o novo sorriso.

### 3.4 ENCERAMENTO DIAGNOSTICO EM PREPAROS DENTAIS

Para a realização dos preparos dentais deve-se reestabelecer o volume original dos dentes removendo o ensaio restaurador. Para isso é necessário o uso de uma nova guia de silicóna, a mesma é obtida através da moldagem do modelo em que foi realizado o enceramento diagnóstico. Após a confecção da guia a mesma deve ser cortada para que o operador tenha uma ótima visão da quantidade de estrutura dentária que deverá ser desgastada, preservando assim o máximo de estrutura dentária. Na literatura existem diversas formas preconizadas para o recorte da guia, uma delas é utilizar somente a face vestibular posicionando-a sobre os dentes sempre se certificando do seu correto assentamento. Quando não for possível desgastes prévios devem ser realizados, o espaço incisal necessário pode ser calculado utilizando a porção palatina da guia. Ao final do preparo deve-se retornar com a guia em posição e verificar se a espessura do espaço entre a silicóna e a estrutura dentária é suficiente para a confecção da restauração (MAGNE, 1999).

### 3.5 LENTES DE CONTATO

Com a melhoria das técnicas adesivas e a evolução das cerâmicas surgiram as lentes de contato dentais, que são finas camadas de porcelana e seu uso é indicado para correção estética de dentes com pequenas alterações de formato, coloração e tamanho. Com isso caiu por terra os convencionais preparos protéticos que preconizavam desgastes mínimos para cada face do dente com a finalidade de obter uma espessura mínima para a adição da cerâmica. Essa visão passou a ser secundária oportunizando posição mais conservadora por parte do cirurgião dentista. Para os casos onde as incisais possuam pequenas alterações de textura superficial ou ângulos muito definidos pode ser realizar apenas uma asperização com discos de lixa proporcionando um assentamento da peça adequado. Esta técnica está contraindicada para dentes que possuam grandes alterações de cor,

sinais de bruxismo, grandes alterações de posição no arco ou dimensões acentuadas necessitando assim de preparos convencionais (KINA, 2008).

Para Pameijer (1997) o preparo conservador deve manter o máximo possível do esmalte hígido, na face vestibular deve ser respeitada a convergência da superfície para isso o preparo deve ser feito em três planos. O primeiro plano começa com a redução axial do terço cervical em dentes anteriores deve se realizar um chanfro de 0.3mm de profundidade na margem gengival, porém caso exista alguma alteração de cor bem como lesão de cárie este preparo deve ser levado subgengivalmente para que seja possível mascarar essas alterações, já na porção vestibular o preparo se limita a uma variação de 0,3mm a 0,5mm porém, caso exista alguma alteração de superfície este preparo pode ser aprofundado até 0,9mm.

Os preparos realizados, são atualmente os mais conservadores da odontologia moderna, onde em alguns casos podemos realizar as restaurações indiretas sem nenhum tipo de desgaste dental e na maioria dos casos mantendo estes preparos em estrutura de esmalte, o que torna mais forte a união entre a superfície cerâmica e o substrato dental, diminuindo a friabilidade da cerâmica. (SIMÕES et al., 2009).

#### 4 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino com 28 anos de idade procurou a faculdade de odontologia da UFRGS relatando estar insatisfeito com a aparência estética do seu sorriso, ao exame clínico constatou-se que sua queixa se dava pelo leve apinhamento dos dentes anteriores superiores e discreta vestibularização do dente 12 e ameias bastante proeminentes trazendo um aspecto escurecido para o sorriso, não tendo nenhum comprometimento endodôntico ou por fraturas.

Durante a primeira consulta foi apresentado ao paciente as opções de tratamento que mais se adequavam ao seu caso, a primeira seria a utilização de aparelho ortodôntico fixo e após a finalização a realização de reanatomização dos dentes com resina composta, o que foi descartado pelo paciente. O mesmo relatou já ter realizado tratamento ortodôntico na adolescência e que não gostaria de utilizar novamente tendo em vista o tempo que levaria para a correção do desalinhamento e as visitas mensais ao dentista que seriam incompatíveis com a sua rotina. A segunda opção foi a utilização de lentes de contato dental confeccionadas com o sistema IPS e.Max PRESS (Ivoclar Vivadent) de incisivo lateral (12) a incisivo lateral (22) superior, sendo essa ainda uma opção conservadora devido ao mínimo desgaste dental necessário, o mesmo achou bastante interessante tendo em vista que é um tratamento mais rápido e que devolveria estética atendendo suas expectativas. Nesta mesma consulta após a decisão por laminados cerâmicos foram feitas as fotos iniciais e a moldagem para modelo de estudo e enceramento diagnóstico. A macro estética foi avaliada em relação à face, dentes em grupo e periodonto, não sendo realizado nenhum tipo de plastia gengival.

Na consulta seguinte com o enceramento diagnóstico em mãos, o modelo foi utilizado para explicar ao paciente sobre as alterações que seriam feitas no seu sorriso. Além disso o modelo encerado foi duplicado com silicona de adição leve e pesada (3M/ESPE) obtendo-se uma cópia em negativo para confecção de uma guia para a realização do mock-up. Este feito com resina bis-acrílica (3M/ESPE), foi feito preenchendo os espaços referentes aos elementos que iriam receber os laminados com a resina utilizando pistola com ponta misturadora. Após a polimerização da mesma, foram removidos os excessos e retirada a guia de silicona com cuidado e feita a apresentação do resultado ao paciente. Após as considerações do mesmo foi corrigido o volume com discos de lixa (soflex) até que se sentisse confortável com

formato e espessura dos dentes. Após a aprovação foi feita uma nova moldagem com alginato (Hydrogum – Zhemack Clinical) para que as medidas fossem guardadas para que posteriormente o ceramista corrigisse no modelo de enceramento e diagnóstico.

Com a aprovação por parte do paciente iniciou-se a parte clínica, a primeira etapa foi relativa à obtenção de uma cor mais clara dos dentes, para isso foi utilizada a combinação das técnicas de clareamento de consultório com o caseiro. Foi realizada a moldagem das arcadas superior e inferior, e confeccionadas as placas para uso noturno com gel clareador de peróxido de carbamida 16% (Whiteness-FGM), a técnica caseira foi utilizada durante quatro semanas por seis horas diárias, combinado com uma sessão semanal de clareamento de consultório por três semanas com peróxido de carbamida 35% (Whiteness-FGM) cada sessão durou 45 minutos, para obtenção de um resultado mais rápido do processo, o paciente foi acompanhado semanalmente até que a cor ideal fosse obtida.

Após o término do processo de clareamento, partiu-se então para o preparo dos elementos dentários que necessitariam de algum desgaste, para isso foi confeccionada uma nova guia utilizando silicóna de adição (3M/ESPE) sobre o modelo obtido após os ajustes que se fizeram necessários, a mesma foi cortada verticalmente no centro de cada dente que iria receber uma lente de contato dental para que pudesse mensurar o quanto de desgaste seria necessário, como já era esperado o dente com maior vestibularização, o elemento 12, foi o qual necessitou de um desgaste maior, porém o preparo se manteve em esmalte tendo em vista a obtenção de uma melhor união entre o laminado e a estrutura dentária.

Para preparar os elementos foram utilizadas pontas diamantadas e discos de lixa (soflex), após os desgastes necessários, foi realizada a moldagem dos dentes utilizando silicóna de adição leve e pesada (3M/ESPE) e enviada para o laboratório para a confecção dos laminados, o material utilizado foi a cerâmica do sistema IPS eMax PRESS (Ivoclar-Vivadent). Não foi necessário o uso de provisórios tendo em vista o mínimo desgaste realizado e a falta de sensibilidade operatória relatada pelo paciente.

Na consulta subsequente o trabalho retornou do ceramista e foi realizada a prova da cerâmica utilizando-se pasta de prova (Try-in), onde foi checado a

adaptação marginal, cor, textura, comprimento e volume, novamente foi encaminhado ao laboratório para glazeamento da superfície.

A última consulta foi para a cimentação definitiva das lentes de contato, o condicionamento da superfície interna das peças foi feito com ácido fluorídrico 10% (Condac - FGM) durante 20 segundos, após foram lavadas com água pelo mesmo período de tempo e secas com jato de ar, seguido da aplicação de silano por um minuto aplicado seguido de aplicação de adesivo convencional (3M/ESPE) e foto polimerização por 20 segundos, o segundo passo foi o condicionamento ácido da superfície dentária, com isolamento relativo foi utilizado ácido fosfórico 37% (Kerr Gel Etchant, Kerr) durante 30 segundos, após lavado com água pelo mesmo tempo, em seguida foi aplicado o sistema adesivo convencional (3M/ESPE), o elemento 12 por ter uma pequena área de exposição dentinária foi aplicado primer com fricção vigorosa por 15 segundos e após uma fina camada de adesivo e fotoativado. Para a cimentação das peças foi utilizado resina flow A2 (Opallis Flow, FGM), a ordem de cimentação seguiu a seguinte lógica: primeiro foram cimentados os laminados dos incisivos centrais superiores, uma pequena quantidade de resina foi colocada no centro dos laminados e levados em posição removendo os excessos de material com uma espátula e bolinhas de algodão, nas regiões proximais foi utilizado fio dental, e fotopolimerizado por um minuto em todas as faces dos dentes, na sequência foi realizada a cimentação dos laminados dos incisivos laterais superiores, utilizando a mesma técnica.

Finalizada a cimentação dos laminados, foi realizado o ajuste oclusal utilizando papel articular, foi solicitado ao paciente que realizasse movimento de lateralidade e protrusão para que os pontos de maior contato fossem observados, mínimos desgastes foram necessários nas regiões disto-incisal na face palatina dos incisivos laterais superiores utilizando disco de lixa (Soflex) em baixa rotação. Finalmente o paciente pode ver o caso concluído no espelho, relatando ter ficado muito satisfeito com o resultado.

Figura 1- Vista frontal inicial



Figura 2a – Vista frontal final

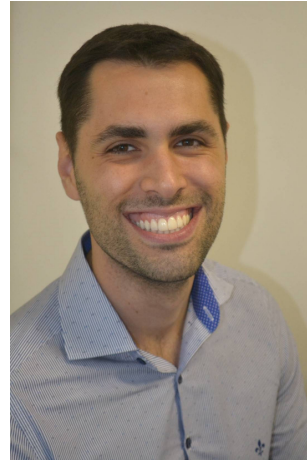


Figura 2b- Vista lateral direita do sorriso

Figura 2c- Vista frontal do sorriso

Figura 2d- Vista lateral esquerda do sorriso



Figura 3a- Vista lateral direita do sorriso oclusão

Figura 3b- Vista frontal do sorriso oclusão

Figura 3c - Vista lateral esquerda do oclusão



Figura 4a- Vista lateral direita enceramento diagnóstico

Figura 4b - Vista central enceramento diagnóstico

Figura 4c - Vista lateral esquerda enceramento diagnóstico



Figura 5a – Guia Silicona para mock-up

Figura 5b – Preenchimento com resina bis-acrílica

Figura 5c – Guia em posição

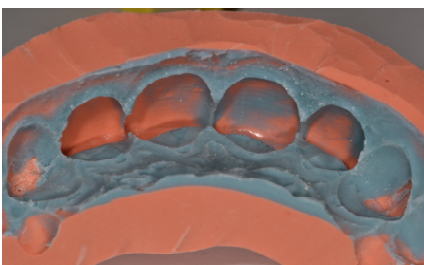


Figura 6a - Vista lateral direita do mock-up

Figura 6b - Vista central do mock-up

Figura 6c - Vista aproximada do mock-up

24



Figuras 7a e 7b – Desgaste incisal do mock-up



Figuras 8a, 8b, 8c – Guia em posição para orientação dos desgastes



Figuras 9ª, 9b e 9c – Desgastes dos elementos dentários



Figura 10a – Condicionamento Ácido fluorídrico 10%

Figura 10b – Aplicação de silano

Figura 10c – Aplicação do adesivo

Figura 10d – Fotoativação adesivo





Figura 11a – Medição da espessura



Figura 11b – Especímetro marcando 0,4mm



Figura 11c – Aplicação de resina flow



Figura 12a – Condicionamento ácido em esmalte 11

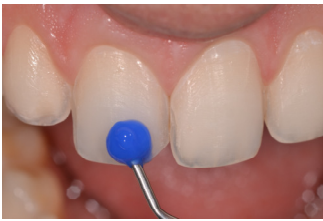


Figura 12b – Condicionamento ácido em esmalte 11 e 21



Figura 12c – Aplicação de adesivo em esmalte



Figura 12c – Cimentação lentes 11 e 21



Figura 13a – Condicionamento ácido em esmalte 22



Figura 13b – Aplicação de adesivo em esmalte 22



Figura 13c – Aplicação de resina flow

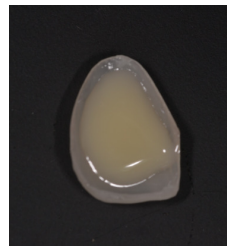


Figura 13d – Cimentação lentes 22



Figura 14a – Sorriso final vista lateral direita



Figura 14b – Sorriso final frontal



Figura 14c – Sorriso final vista lateral esquerda



Figura 15a – Aspecto sorriso inicial



Figura 15b – Aspecto sorriso final



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A odontologia estética moderna tem por objetivo que o tratamento restaurador não fique limitado apenas a devolução de forma e função aos dentes, mas sim reestabelecendo um sorriso que atenda as expectativas dos pacientes, sendo também uma ciência com a capacidade de harmonizar o trabalho com a natureza (BLOOM, 2006).

O aprimoramento dos sistemas cerâmicos até os dias atuais tem por finalidade suprirem cada vez mais a combinação de estética e funcionalidade, disponibilizando para o mercado odontológico sistemas com maior resistência a tração e flexão, maior tenacidade e translucidez, sendo de grande importância ao cirurgião dentista estar a par das características de cada sistema, para a correta indicação específica para cada caso realizado (KINA, 2005; BALDSSARA et al., 2010).

A biocompatibilidade da cerâmica e também sua grande capacidade de imitar características de esmalte e dentina, a tornam um dos materiais de primeira escolha e de grande aceitação clínica em grande quantidade dos casos realizados, as cerâmicas vítreas por serem translúcidas apresentam uma reflexão de luz muito próxima a estrutura dentária o que favorece as restaurações estéticas, sendo também passíveis de condicionamento ácido fluorídrico, sendo classificadas como ácido sensíveis e quando associadas ao silano permitem altos índices de adesão a estrutura dentária bem como uma grande resistência de flexão, um exemplo são as cerâmicas reforçadas com dissilicato de lítio, a mesma utilizada no presente caso, que possui uma resistência flexural de 400 Mpa (CHITMONGKOLSUK, 2002 ; POSPIECH, 1997). Quanto a adaptação marginal, estudos mostram que este sistema possui valores inferiores a 120µm, sendo clinicamente aceitável quando associado a cimentação adesiva (STAPPERT, 2005).

A reabilitação estética com laminados cerâmicos IPS e.Max utilizados no presente caso clínico, se mostrou excelente, tendo em vista o resultado estético e funcional apresentado após a conclusão do caso. Para o sucesso do caso foi determinante a correta indicação para lentes de contato dental, bem como a eleição correta da cor e o tipo de agente para cimentação.

## REFERÊNCIAS

- BALDSSARA, P. et al. Translucency of zircônia copings made with different CAD/CAM systems. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 104, no. 1, p. 6-12, 2010.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Liv. Santos, 2010. v. 2, cap. 28, p.653-674.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Liv. Santos, 2001. Cap. 15, p. 589-617.
- BENETTI, A. R. et al. Facetas indiretas em porcelana alternativa-estética. **J. Bras. Dent. Estét.**, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 186-194, 2003.
- BONA, A. D. Cerâmicas: desenvolvimento e tecnologia. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1996.
- CALAMIA, J. R. et al. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. **Den. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 51, no. 2, p. 399-417, 2007.
- CARVALHO, F. R. et al. Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livres de metal: uma revisão da literatura. **Int. J. Dent.**, Cairo, v. 11, no. 1 p. 55-65, 2012.
- CHAIN, M. C.; ARCARI, G. M.; LOPES, G. C. Restaurações cerâmicas estéticas e próteses livres de metal. **RGO**, Porto Alegre, v. 48, no. 2, p. 70, 2000.
- CHITMONGKOLSUK, S. et al. Fracture strength of all-ceramic lithium disilicate and porcelain-fused-to-metal bridges for molar replacement after dynamic loading. **Eur. J. Prosthodont. Restor. Dent.**, Larkfield, v. 10, no. 1, p. 15-22, 2012.
- CONCEIÇÃO, E. M.; SPHOR, A. M. **Fundamentos dos sistemas cerâmicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CRAIG, R. G. **Materiais dentários restauradores**. 11. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2004.
- DELLA BONA, A.; KELLY, J. R. The clinical success of all-ceramic restorations. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 139, no. 1, p. 8–13, 2008.
- EGON, A. Fragmentos cerâmicos e lentes de contato dentárias. Quando a arte e a biologia se encontram. **Rev. Dental Press de Estét.**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 24-33, 2011.

GHILARDI, M. A.; LOPES, G. C. Facetas de porcelana em incisivos laterais conóides: a importância da temporização no planejamento. **Clín. Int. J. Braz. Dent.**, São José, v. 5, n. 3, p. 258-274, 2009.

Gomes, E.A.; et al. **Cerâmicas odontológicas**: O estado atual. Cerâm. São Paulo v.54 p.319-325, 2008.

Higashi, C.; et al. Planejamento Estético em Dentes Anteriores. **In: Odontologia Estética: planejamento e técnica**. São Paulo, Artes Médicas Brasil; 2006. p.139-154

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

KANO, P. Estética com estruturas monolíticas: cerâmica IPS e.max press com técnica maquiadas. In: ROMÃO JUNIOR, W. et al. **Reabilitação estética**: novas tendências. São Paulo: Napoleão, 2012. Cap.6, p.138-149.

KINA, S.; BRUGUERA, A. **Invisível — restaurações estéticas cerâmicas**. São Paulo: Dental Press, 2007.

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

MAZARO, J. V. Q. et al. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. **Rev. Odont. Araçatuba**, Araçatuba, v. 30, n. 1, p. 51-54, 2009.

MCLAREN, E. A. Porcelain veneer preparations: to prep or not to prep. **Inside Dent. Technol.**, Pennsylvania, v. 2, no. 4, p. 76-79, 2006.

METZLER, K. et al. In vitro investigation of the wear of human enamel by dental porcelain. **J. Prostet. Dent.**, St. Louis, v. 81, no. 3, p. 356-364, 1999.

Nishioka, R. S et al. Prótese adesiva sem metal com sistema IPS Empress 2. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 277-279, 2002.

PAMEIJER, J. H. N. Onlays: is gold still the standard? In: DEGRANGE, M.; ROULET, J. F. **Minimally invasive restorations with bonding**. Chicago: Quintessence, 1997.

PINI, N. P. et al. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. **Clin. Cosmet. Invest. Dent.**, Auckland, v. 4, no.1, p. 9–16, 2012.

POSPIECH, P. All-ceramic crowns: bonding or cementing? **Clin. Oral Investig.**, Berlin, v. 6, no. 4, p. 189-197, 2002.

RADZ, G. M. et al. Minimum thickness anterior porcelain restorations. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 55, no. 2, p. 353–370, 2011.

ROSENBLUM, M. A.; SCHULMAN, A. A review of all-ceramic restorations. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 128, no. 3, p. 297-307, 1997.

STAPPERT, C. F. et al. Marginal adaptation of different types of all ceramic partial coverage restorations after exposure to an artificial mouth. **Br. Dent. J.**, London, v. 199, no. 12, p. 779-783, 2005.

**ANEXO - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE IMAGEM**

Neste ato, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador da  
Cédula de identidade RG nº. \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº  
\_\_\_\_\_, residente à Av/Rua  
\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, município de  
\_\_\_\_\_/Rio Grande do Sul. AUTORIZO o uso de  
minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser  
utilizada em apresentações expositivas e/ou revistas científicas. A presente  
autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima  
mencionada em todo território nacional e no exterior. Por esta ser a expressão da  
minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser  
reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e  
assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato: