

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DENTÍSTICA**

FRANCESCA PIGATTO TECHE

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM USO DE LAMINADOS CERÂMI-
COS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

PORTO ALEGRE

2017

FRANCESCA PIGATTO TECHE

REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM USO DE LAMINADOS CERÂMICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada como requisito à obtenção do título de Especialista, do Curso de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Dentística, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Melara

Porto Alegre

2017

RESUMO

A aparência dental é uma característica importante na estética facial, e desempenha um papel fundamental nas interações sociais humanas. Os pacientes procuram a Odontologia Estética na busca por um sorriso claro, alinhado, e dentro dos padrões estéticos ditados pela sociedade contemporânea. Laminados cerâmicos surgiram como uma opção para essa demanda estética, com preparos que necessitam de mínimo desgaste dental, é uma opção minimamente invasiva de reabilitação, e são indicados em dentes que apresentem alteração de cor, forma, tamanho, posição. As cerâmicas se tornaram o material de eleição para esse tipo de tratamento, pois possuem excelentes propriedades químicas e ópticas, biocompatibilidade, aparência natural, que reproduz características dentárias, além de longevidade. Um correto diagnóstico, bom planejamento, materiais e técnicas adequados, assim como dispor de um excelente laboratório para a confecção das peças cerâmicas, são requisitos essenciais para o sucesso do tratamento. Uma abordagem multidisciplinar também é essencial, incluindo profissionais de outras especialidades para reabilitação estética e funcional do paciente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de realização de laminados cerâmicos, com prévia cirurgia plástica gengival, e demonstrar os passos clínicos que devem ser seguidos para o bom resultado do tratamento.

Palavras-chave: Cerâmicas, Facetas Dentárias, Preparo Dental, Estética Dental.

ABSTRACT

Dental appearance is an important feature in facial aesthetics, and plays a key role in human social interactions. Patients seek Aesthetic Dentistry in the search for a clear smile, aligned, and within the aesthetic standards dictated by contemporary society. Ceramic laminates have emerged as an option for this aesthetic demand, with preparations that require minimal dental wear, it is a minimally invasive option of rehabilitation, and are indicated on teeth that present changes in color, shape, size, position. Ceramics have become the material of choice for this type of treatment, since they have excellent chemical and optical properties, biocompatibility, natural appearance, which reproduces dental characteristics, as well as longevity. Correct diagnosis, proper planning, proper materials and techniques, as well as having an excellent laboratory for the manufacture of ceramic parts, are essential requirements for the success of the treatment. A multidisciplinary approach is also essential, including professionals from other specialties for aesthetic and functional rehabilitation of the patient. The objective of this study is to report a clinical case of ceramic laminates with previous gingival plastic surgery and to demonstrate the clinical steps that should be followed for good treatment outcome.

Keywords: Ceramics, Dental Veneers, Dental Preparation, Esthetics Dental.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3	RELATO DE CASO CLÍNICO	14
4	DISCUSSÃO	17
5	CONCLUSAO	20
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
7	APÊNDICE.....	24

1. INTRODUÇÃO

Estética é a contemplação da beleza, compreende os sentimentos que o belo desperta dentro de cada indivíduo, que são determinados por valores individuais, fatores culturais e experiências pessoais, variando entre indivíduos e culturas, e também modificando ao longo do tempo (OKIDA et al., 2016).

Nos dias de hoje, principalmente devido a influência dos meios de comunicação, os pacientes almejam ter um sorriso esteticamente favorável, que compreende dentes claros, alinhados e dentro dos padrões ditados pela sociedade contemporânea (OKIDA et al., 2016). Os dentes anteriores têm importância fundamental na estética da face e, por isso, são extremamente valorizados pelos pacientes, que procuram a Odontologia Estética, na busca pela melhora da auto-estima, qualidade de vida, e aceitação social. (FONT et al., 2006; TIN-OO; SADDKI; HASSAN, 2011).

A grande demanda por tratamentos estéticos em odontologia nos últimos anos, incentivou os fabricantes a desenvolverem materiais que satisfaçam às exigências estéticas e funcionais dessas reabilitações. Desta maneira, o cirurgião dentista possui várias opções de materiais restauradores para reabilitações estéticas na região anterior, desde restaurações diretas com resina composta, até restaurações indiretas em cerâmicas (EDELHOFF; SORENSEN, 2002; RODRIGUES et al., 2012).

Avanços tecnológicos conduziram para o reforço das cerâmicas, propiciando sua utilização sem associação às ligas metálicas (MC LEAN, 2001). Como consequência dessa evolução, as cerâmicas têm se tornado a melhor alternativa para essas reabilitações, pois possuem propriedades como durabilidade, excelente estabilidade de cor, biocompatibilidade, fluorescência, resistência a compressão e coeficiente de expansão térmica semelhante a estrutura dentária (MENEZES et al., 2015). Os novos sistemas cerâmicos apresentam alta estética e maior resistência, pois são reforçados com leucita e dissilicato de lítio, possibilitando a realização de laminados cerâmicos, que são restaurações indiretas, onde se utiliza finas lâminas cerâmicas sobre estrutura dental com mínimo ou nenhum desgaste (KELLY; NISHIMURA; CAMPBELL, 1996; CARDOSO, 2011).

Os Laminados Cerâmicos são indicados no tratamento de dentes com alteração de cor, alterações de forma e posicionamento no arco, em dentes que necessitam de modificação da forma coronária, dentes curtos ou desgastados, ou ainda, com defeitos em esmalte, como amelogênese imperfeita (PNEUMANS et al., 2000; FONT et al., 2006; CONCEIÇÃO et al., 2007; RADZ, 2011).

A conservação da estrutura dental ajuda a preservar a vitalidade dentária e a reduzir a sensibilidade pós-operatória. Os preparos realizados para confecção de Laminados, são muito menos invasivos que as preparações convencionais para Coroas de Porcelana, indo ao encontro do conceito atual da Odontologia restauradora, que preconiza procedimentos cada vez mais conservadores, evitando desgastes desnecessários da estrutura dentária (EDELHOFF; SORENSEN, 2002; MENEZES et al., 2015). Melhorias na adesão dentária, e compósitos de cimentação melhorados, também colaboraram para o aumento do uso de Laminados com preparos minimamente invasivos (GUESS; STAPPERT, 2008).

Um correto diagnóstico, bom planejamento, materiais e técnicas adequadas, assim como dispor de um excelente laboratório e ceramista para confecção das peças cerâmicas, são requisitos essenciais para o bom resultado do trabalho (CARDOSO, 2011; RADZ, 2011). A longevidade dos Laminados Cerâmicos é influenciada pela qualidade de adesão do complexo formado entre a superfície do dente, a porcelana e o cimento (PNEUMANS et al., 2000).

Em reabilitações estéticas, uma abordagem multidisciplinar é fundamental para o êxito do trabalho. A macroestética do sorriso, compreende os dentes, tecidos moles e características faciais, por isso é de grande importância a inter-relação dentística e periodontia para uma completa reabilitação estética e funcional do paciente (MATHIAS et al., 2016).

Devido a isso, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de confecção de Laminados Cerâmicos associado à prévia cirurgia plástica gengival, e demonstrar os passos clínicos que devem ser rigorosamente seguidos para o bom resultado do tratamento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A concepção de estética é ampla e variável, parte de valores que reconhecem a perfeição como beleza (CAROLI et al., 2008). A aparência dental é uma característica importante na estética facial, e desempenha um papel fundamental nas interações sociais humanas, influenciando na qualidade de vida, autoestima, estando relacionada a uma melhor perspectiva de oportunidades sociais e até profissionais (CONCEIÇÃO et al., 2007; TIN-OO; SADDKI; HASSAN, 2011).

Tin-Oo, Saddki e Hassan (2011) avaliaram em um estudo, os fatores que influenciam na satisfação em relação à estética dental, dos 235 pacientes entrevistados, 124 (52,8%) não estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes, sendo as maiores queixas, insatisfação com a cor dos dentes (56,2%), e dentes mal alinhados (32,3%). A insatisfação com a cor dos dentes foi significativamente maior em mulheres do que pacientes do sexo masculino, com intervalo de confiança de 95%.

Devido à grande demanda por procedimentos que possibilitem a melhora da aparência dental, a Odontologia estética tornou-se uma das áreas mais promissoras em Odontologia. A grande demanda estética incentivou pesquisas na área e aprimoramento das técnicas, e o desenvolvimento por parte dos fabricantes, de novos materiais odontológicos, que possibilitaram uma Odontologia minimamente invasiva, aliada a um excelente resultado estético (VOLPATO et al., 2009; FONT et al., 2016).

Neste contexto, surge a indicação do tratamento com Laminados Cerâmicos, que são finas lâminas de cerâmica, aplicadas sobre a face vestibular dos dentes, onde ocorre um mínimo desgaste da estrutura dental, e que devido ao excelente desempenho clínico, se tornaram um dos mais previsíveis e estéticos tratamentos em odontologia (BURKE; LUCAROTTI, 2009; FONT et al., 2016; MORITA et al., 2016).

Os laminados cerâmicos são indicados de forma geral em dentes que apresentem alteração de cor, forma, tamanho, posição, em faces vestibulares com lesões cáries ou restaurações deficientes, em fechamento de diastemas, e em casos de amelogênese imperfeita. Outra indicação seria a alteração e correção de relações oclusais como mudança da guia e dimensão vertical (CONCEIÇÃO et al., 2007).

As cerâmicas odontológicas se tornaram o material de eleição para este tipo de tratamento, pois possuem excelentes propriedades químicas e ópticas, além de possuírem uma aparência natural, que reproduz as características dentárias, como fluorescência e translucidez (KELLY; NISHIMURA; CAMPBELL, 1996; PNEUMANS et al., 2000). Seu uso aumentou devido ao desenvolvimento de materiais adesivos que permitiram técnicas restauradoras mais conservadoras, aliados a preparos necessitando de mínimo desgaste de estrutura dentária (IBARRA et al., 2007; GUESS; STAPPERT, 2008).

Apesar disso, as restaurações em cerâmica também podem fracassar, e as falhas mais frequentemente relatadas são fratura, lascamento, perda de retenção e cáries secundárias (DELLA BONA et al., 2009).

Inúmeros sistemas cerâmicos estão disponíveis no mercado, cabendo ao profissional selecionar o mais indicado para o seu caso clínico (CUNHA et al., 2013). As cerâmicas odontológicas podem ser policristalinas, vidros reforçados por partículas, ou vidro amorfo. Sabemos que as cerâmicas dentárias altamente estéticas são predominantemente vítreas, com quantidades pequenas de partículas, como óxidos, e assim ocorre o controle dos efeitos ópticos, como opalescência, cor e opacidade. Exemplos desses materiais são as cerâmicas da Ivoclar Vivadent, que contêm altas concentrações de dissilicato de lítio, como, IPS Empress 2, e.maxpress e e.max CAD (DELLA BONA et al., 2009).

A literatura apresenta uma divisão para seleção do tipo de material baseada na necessidade estética e funcional do paciente: assim, tipo 1-A: pacientes cujas facetas não serão expostas a carga funcional e dentes sem alteração de cor; tipo 1-B: pacientes cujas facetas não serão expostas a carga funcional e dentes com alteração de cor; tipo 2: pacientes cujas facetas serão expostas a carga funcional. Os pacientes do tipo 1-A são candidatos a facetas de cerâmica feldspática convencional, devido às excelentes características estéticas. A exceção é quando o paciente apresenta diastemas, de moderados a grandes (mais de 2 mm), pois a porcelana irá se estender além da área de adesão. Nesses casos é recomendado o uso de cerâmicas feldspáticas de alta resistência (reforçada com cristais de leucita e/ou reforçada com óxido de lítio), já que as boas qualidades estéticas se somam à adequada resistência à fratura (FONT et al., 2006). Em pacientes do tipo 1-B devem-se utilizar

porcelanas e cimentos que possuam graus de opacidade (cerâmicas de óxido de alumínio e/ou de óxido de zircônia), para que possam mascarar a alteração de cor dos dentes (FONT et al., 2006).

Muitas vezes ocorre a dificuldade de escolha entre o uso de Resinas compostas ou confecção de laminados cerâmicos. A realização de facetas diretas em resina apresenta vantagens, como: menor custo, facilidade de reparos, porém, desvantagens importantes quando comparadas a cerâmica, como, manchamento, perda da lisura superficial, desgastes e fraturas marginais (PNEUMANS et al., 2000; CARDOSO et al., 2011).

Comparando-se os materiais, observa-se que, em curto prazo, eles apresentam resultados semelhantes. Porém, a médio e longo prazo, a baixa resistência das facetas de resina é evidenciada, resultando em trincas e fraturas, além de manchas devido à porosidade do material (GONZALEZ et al., 2012). Os estudos longitudinais comparativos com 5 a 10 anos de duração mostram todos os seus resultados favoráveis apenas a facetas de porcelana, com uma média de sucesso de 95 a 99% (DUMFAHRT, 1999; PNEUMANS et al., 2000; CHEN et al., 2005; FRADEANI; REDEMAGNI; CORRADO, 2005).

Chen et al. (2005) em um estudo que avaliou o sucesso clínico de laminados cerâmicos colocados em 546 dentes manchado por tetraciclina, utilizou os critérios Ryge modificados para avaliar a adaptação marginal, coloração, cárie secundária, sensibilidade pós-operatória e satisfação dos pacientes em relação a cor. Obteve como resultados 99% dos laminados apresentando excelente adaptação marginal, e menos de 1% dos laminados necessitando de reintervenção nos primeiros 6 meses. A cor se encontrava estável, e os pacientes estavam satisfeitos com a coloração das restaurações após 1 ano de acompanhamento. Este estudo demonstra que os Laminados cerâmicos são uma opção de tratamento confiável para dentes manchados por tetraciclina.

Burke e Lucarotti (2009), em um estudo cujo o objetivo foi relatar os fatores associados à necessidade de reintervenção nos dentes restaurados com laminados cerâmicos, foram analisados dados de pacientes com 18 anos ou mais, que possuíam um dente com laminados cerâmicos ou mais dentes. Total de 2562 restaurações de laminados cerâmicos em 1177 pacientes foram acompanhados em um período

de 11 anos. Laminados que se mantiveram sem reintervenção ao longo de 10 anos corresponderam a 53%, pacientes, sendo que pacientes com 60 anos ou mais apresentaram menor sobrevivência, assim como laminados colocados em pacientes do sexo masculino apresentando menor sobrevivência do que os colocados em pacientes do sexo feminino. Outro fator que influenciou foi o Cirurgião-dentista que acompanhava o paciente, pacientes que permaneceram com o mesmo dentista, mantiveram mais tempo de sobrevivência dos laminados. A longevidade é o que se espera no tratamento com laminados cerâmicos, porém Burke e Lucarotti (2009), afirmam que uma vez que 53% dos laminados não tiveram reintervenção ao longo de 10 anos, isso não está sendo alcançado. Quase 50% dos dentes com laminados de porcelana tiveram reintervenção ao longo de 10 anos, e em cerca de 20% dos casos se realizou tratamentos mais invasivos, como coroas. Isto mostra que quando ocorre a falha nas restaurações de laminados, o tratamento pode evoluir para procedimentos mais invasivos, o que irá aumentar a chance de dano pulpar ou fraturas.

Conceitos relativos as preparações dos dentes para receber os laminados cerâmicos mudaram nos últimos anos. Conceitos iniciais se baseavam na mínima ou nenhuma preparação dentária, porém atualmente se realiza remoção de estrutura dentária, principalmente redução do esmalte para melhorar a adesão da porcelana com o dente (PNEUMANS et al., RADZ, 2011).

Pneuman et al. (2000) em sua revisão de literatura sobre laminados de porcelana, afirmaram que a redução de esmalte é necessária para melhorar a adesão, pois a superfície aprismática do esmalte não preparado, que é conhecida por proporcionar uma menor capacidade de retenção, é removida. Mesmo com os resultados promissores dos sistemas adesivos de dentina, a força de união da porcelana ligada ao esmalte ainda é superior quando comparada com a força de ligação da porcelana ligada a dentina, portanto manter a preparação em esmalte é o ideal para a boa adesão dos laminados cerâmicos. A medida de remoção de esmalte geralmente é de 0,5 mm, que permite a inserção da espessura mínima da cerâmica.

Edelhoff e Sorensen (2002), compararam as quantias de estrutura dental removida em cada tipo de preparação. Três tipos de dentes (Incisivo central superior, incisivo central inferior e canino superior) de manequim foram usados no estudo. Operador único realizou os preparos, baseado em modelos de dentes: parcial (V1), tradicional (V2), preparo para lâmina estendido (V3), preparo completo para lâmina

(V4), preparo para retentor de prótese parcial removível com sulcos (A1), preparo para retentor de prótese parcial removível com asa e sulco (A2), preparo para coroa de cerâmica com redução axial de 0,8 mm e término em chanfro (F1), preparo para coroa de cerâmica com redução axial de 1,0 mm e término em ombro (F2), e preparo para coroa metalocerâmica com redução axial de 1,5 mm e término em ombro (F3). Após os preparos dentais, as coroas foram separadas na junção cimento-esmalte e submetidas à análise gravimétrica, as médias e desvios padrões da remoção de estrutura dental foram calculados e analisados pela análise de variância (ANOVA). Não foram encontradas diferenças significantes nos valores da redução de estrutura dental entre os desenhos dos preparos. Os preparos para laminados de porcelana e retentores de prótese foram os menos invasivos, removendo aproximadamente 3 a 30% da estrutura coronária, já os preparos para coroas de cerâmica e metalocerâmicas removeram aproximadamente de 63% a 72% da estrutura coronária. Os resultados desse estudo sugerem que a preparação de laminados minimamente invasivos oferece uma grande vantagem em relação às preparações convencionais de coroa. Mesmo para uma preparação de laminado cerâmico completo (V4), menos da metade de estrutura dentária foi removida em comparação com a preparação de coroa mais conservadora. (F1). Os autores do presente estudo acreditam que um preparo que requer remoção de grandes quantidades de estrutura dentária deve ser rejeitado, por inúmeros motivos: exposição de dentina próxima a polpa, aumento da sensibilidade pós-operatória, e contra indicado em pacientes jovens, devido a risco de exposição pulpar.

Albanesi et al. (2016) em uma revisão de literatura e meta-análise, pesquisaram se a preparação para laminados cerâmicos com ou sem cobertura incisal, teria influência nas taxas de sobrevivência destes laminados. Concluíram que independente dos tipos de preparação, com ou sem cobertura incisal, laminados cerâmicos apresentaram altas taxas de sobrevivência. O autor sugere que não havendo diferenças estatisticamente significativas, é melhor não se sobrepor a borda incisiva, pois isto seria uma abordagem mais conservadora. Entretanto Pneumans et al. (2000) afirma que com este tipo de preparação incisal, o ceramista tem mais controle sobre as características estéticas, e além disso essa preparação torna a restauração mais resistente às fraturas incisais.

Pjemjai e Arksornnukit (2002), realizaram um estudo cujo objetivo foi determinar a resistência à fratura da porcelana, quando aderida a esmalte ou dentina, usando diferentes espessuras de laminados de porcelana, e quatro diferentes tipos de cimentos resinosos. Os grupos foram divididos de acordo com o tipo de cimento resinoso utilizado, em quatro grupos, (All-Bond 2 + Choice, Panavia 21, Scotchbond + Opal e Super-Bond C & B) e cada grupo desses foi subdividido em dois subgrupos, de acordo com a espessura do preparo (0,5 mm ou 1,0 mm de espessura). Maior resistência à fratura da porcelana foi encontrada quando esta foi aderida em esmalte, ao invés de dentina. O esmalte é menos permeável que a dentina, assim a ocorrência de microinfiltração, que contribui para hipersensibilidade, cáries recorrentes, e inflamação pulpar é maior quando o preparo envolve dentina. A porcelana aderida ao esmalte forneceu significativamente maior resistência a fratura do que a porcelana aderida à dentina, isso ocorreu em todos os grupos de cimento resinoso, exceto no grupo do cimento All-Bond 2 + Choice. Os valores padronizados de coeficiente (beta), usando análise de regressão múltipla, sugeriram que as variáveis no substrato (esmalte ou dentina), tiveram maior efeito de potência na resistência à fratura da porcelana do que as variáveis em espessura (0,5 ou 1,0 mm).

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.P.N.N, 32 anos, sexo feminino, compareceu na Clínica do Curso de Especialização em Dentística, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), apresentando insatisfação com a estética do seu sorriso, principalmente devido a alterações de cor, e manchamento das restaurações em resina composta nos dentes anteriores. Na anamnese a paciente relatou ter realizado restaurações em resina composta para corrigir o escurecimento e formato dental, mas não houve sucesso.

No exame clínico, analisou-se a face, o sorriso, contorno gengival e características dentárias. Foram observadas pigmentações e fraturas marginais das restaurações em resina composta, dos elementos 21 e 11, elementos 13 e 22 mais proeminentes que os demais, e vestibularizados. Em relação a estética gengival, a margem gengival dos incisivos centrais encontrava-se assimétrica, e abaixo da margem gengival dos incisivos laterais, o que tornava o sorriso antiestético, pois o zênite gengival dos Incisivos centrais, deve ser localizado mais apicalmente que os IL, e Caninos, ou ainda na mesma altura que os caninos para a harmonia do sorriso (Figura 1). Avaliou-se o grau de higienização da paciente, através do índice de placa visível e Índice de sangramento gengival, a relação oclusal durante a máxima intercuspidação e nos movimentos excursivos da mandíbula, como protrusão e lateralidade. Na sequência, foram realizados os exames radiográficos complementares, e fotografias clínicas extra-orais e intra-orais.

Diante da queixa do paciente, e situação clínica observada, elaborou-se um plano de tratamento, propondo assim uma intervenção cirúrgica periodontal para a correção da estética gengival e confecção de laminados cerâmicos.

Inicialmente realizou-se uma raspagem, alisamento e polimento supragengival, e uma sessão de clareamento de consultório com Peróxido de Hidrogênio 35% (HP Blue, FGM). Foi entregue à paciente as moldeiras para clareamento caseiro, e gel clareador com Peróxido de Carbamida 16% (Opalescence, Ultradent), explicado o regime de uso, e outra sessão de clareamento de consultório foi realizada posteriormente (Figura 2).

Para corrigir a estética gengival, a paciente foi submetida a uma cirurgia plástica gengival, com osteotomia dos elementos 11 e 21, e gengivectomia para recontorno dos zênites gengivais dos elementos 12 e 22 (Figura 3). Passados 90 dias da

realização da cirurgia periodontal e acompanhamento pós-operatório rigoroso, a paciente retomou com o tratamento, e foi realizada nova moldagem com silicone de adição (Express XT, 3M ESPE), e enviado para o laboratório para realização do Enceramento (Figura 4).

A partir do enceramento diagnóstico, foi realizado um molde com silicona de adição (3D, Angelus), obtendo-se assim uma guia que foi preenchida com resina bisacrílica A1 (Structur 3, Voco), e levada em boca para realização do mock-up. Os excessos foram removidos e o ajustes realizados. Com o mock-up, analisamos a cor, forma e tamanho, possibilitando assim maior previsibilidade do tratamento.

Dando sequência ao tratamento, confeccionou-se a guia de preparo, com os cortes no sentido vestibulo-lingual, com a pasta densa da silicona de adição (3D, Angelus), para guiar a profundidade dos desgastes necessários e iniciamos os preparos conservadores dos elementos 21 e 11, e posteriormente nos elementos 22 e 12. Inicialmente foi realizada uma canaleta de orientação cervical com ponta diamantada nº 1012(KG Sorensen), após uma canaleta vertical no centro da face vestibular com a ponta diamantada 4138(KG Sorensen) que serviu de guia para os desgastes no sentido méso-distal e cérvico-incisal. O desgaste foi realizado em três planos: cervical, médio e incisal, de acordo com a convexidade do dente (Figura 8,9).

As restaurações proximais foram removidas, e foi realizado redução incisal. Realizou-se o refinamento e acabamento com ponta diamantada 4138F (KG Sorensen) e com discos soflex (Soflex pop-on, 3M). As guias foram utilizadas durante todo o procedimento a fim de proporcionar apenas os desgastes necessários.

Para a moldagem, o fio retrator 000 (Ultrapack 000, Ultradent) foi inserido para afastamento do tecido gengival, e a moldagem com silicona de adição (3D, Angelus) foi realizada. A escolha da cor foi efetuada, utilizando a escala vita como referência (Vita Classical, Wilcos), o provisório foi realizado com resina bisacrílica A1 (Structur 3, Voco) e o material foi enviado para o laboratório para confecção das peças. Para facilitar a comunicação com o laboratório, foram enviadas fotos da paciente, foto inicial, foto dos preparos e da seleção de cor, assim como modelo inicial e modelo encerado.

Na consulta seguinte, analisou-se os Laminados Cerâmicos, sua adaptação no modelo de estudo e em boca, foi avaliado adaptação marginal, contatos proxi-

mais, presença de trincas. Os laminados cerâmicos foram confeccionados em cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio (IPS E.max, Ivoclar Vivadent) (Figura 12).

Foi realizado o Try-in com pastas de diferentes valores (Allcem Veneer Try-In, FGM), para selecionar a cor mais adequada para o cimento resinoso. Durante o try-in, a paciente relatou insatisfação com a cor dos laminados cerâmicos, e foi notado que a coloração da cervical deveria ser reavaliada. Os laminados cerâmicos foram enviados ao laboratório para saturação da cor A1 na cervical. Posteriormente, realizou-se novamente o Try-in, e a cor do cimento resinoso foi escolhida juntamente com a paciente.

O processo de cimentação foi então iniciado. As lâminas foram condicionadas na sua superfície interna com Ácido Fluorídrico a 10% (Condac porcelana, FGM Produtos Odontológicos) por 20 segundos, seguido de lavagem com jatos de água. O silano (Prosil, FGM Produtos Odontológicos) foi aplicado por 1 minuto, e seco com jatos de ar. O procedimento seguinte foi a aplicação de agente adesivo (Adper Scotchbond Multiuso, 3M ESPE) na superfície interna de cada peça, seguido de fotoativação do mesmo por 10 segundos. Isolamento relativo combinado foi realizado, com inserção de fio retrator 000 (Ultrapack 000, Ultradent), expandex e roletes de algodão. A estrutura dentária foi preparada com ácido fosfórico a 37% (Condac 37%, FGM) por 30 segundos e subsequente lavagem com abundante jatos de água. Após foi aplicado o agente adesivo (Adper Scotchbond Multiuso, 3M ESPE), seguido de leve jato de ar e fotoativação por 10 segundos (Figura 13).

Na cimentação utilizou-se cimento resinoso fotopolimerizável cor A1 (Allcem Veneer, FGM), os excessos de cimento foram removidos com auxílio de pincel e fio dental nas proximais, e cada superfície dental foi fotopolimerizada por 1 minuto. Os fios retratores foram removidos, e uma lâmina 12 de bisturi foi utilizada para remover eventuais resíduos do agente cimentante, e pontas siliconadas foram utilizadas para polimento (Figura 14).

Também foi realizado procedimento de ameloplastia nos elementos 13 e 23, que consistiu em pequenos degastes na estrutura de esmalte, para corrigir formas e harmonizar o sorriso. A figura 21, mostra o aspecto final do sorriso da paciente, demonstrando que a reabilitação anterior com laminados cerâmicos trouxe estética, naturalidade e harmonia, além de restabelecer a funcionalidade respeitando os princípios de oclusão.

4. DISCUSSÃO

A constante busca por um sorriso harmônico e que esteja dentro dos padrões ditados pela sociedade contemporânea, eleva o nível de exigência e expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas odontológicas, que atendam à essas demandas estéticas, e que propiciem resultados cada vez mais previsíveis (MENEZES et al., 2015).

Em relação a isto, o uso de laminados cerâmicos é uma ótima opção, que se tornou um dos mais previsíveis, estéticos, e menos invasiva modalidade de tratamento em Odontologia estética. Consiste em uma fina camada de porcelana, que é aplicada na superfície vestibular dos dentes, onde necessita de mínima preparação e desgaste dental (RADZ, 2011).

Atualmente, o uso de coroas totais está praticamente limitado à substituição de antigas coroas metalocerâmicas, metaloplásticas, ou mesmo cerâmicas deficientes, em dentes com significativa perda dental, onde não seja mais possível confeccionar um laminado de cerâmica, pois devido a visão atual da odontologia restauradora, sempre que possível deve-se utilizar uma técnica restauradora que permita minimizar a remoção de tecido dentário hígido. Alterações de cor que não respondem favoravelmente ao clareamento dentário, manchamento por tetraciclina, fraturas dentais amplas, dentes com defeito de formação, como, amelogênese imperfeita, dentes conóides, diastemas, dentes que necessitem de alongamento incisal, e ainda alteração e correção de relações oclusais como mudança da guia e dimensão vertical, são indicações para o uso de laminados cerâmicos (CONCEIÇÃO et al.,2005).

As cerâmicas dentárias se tornaram o material de escolha para esse tipo de tratamento, devido suas excelentes qualidades ópticas, durabilidade do material, longevidade, biocompatibilidade, e previsibilidade de resultado, pois possui características que se assemelham à aparência natural dos dentes (KELLY; NISHIMURA; CAMPBELL, 1996).

Em reabilitações estéticas anteriores, devido acentuada importância principalmente dos dentes superiores, é imprescindível a análise da macroestética do paciente, antes de analisar os aspectos relacionados à microestética propriamente dita.

O contorno gengival deve ser avaliado, para reproduzir de forma natural o contorno dos dentes e permitir uma correta proporção altura/largura dos dentes anteriores. A detecção de alterações no contorno gengival, dentre outros detalhes na macroestética pode determinar a indicação de tratamento prévio a realização da restauração cerâmica (CONCEIÇÃO et al., 2005).

No presente trabalho foi realizado procedimento cirúrgico periodontal prévio para manejo dos tecidos periodontais, e estabelecer ou restabelecer padrões de estética dento-gengivais, juntamente com o posterior tratamento restaurador, pois a harmonia do sorriso estava insatisfatória, devido alterações nos zênites gengivais.

Uma etapa fundamental para a confecção do trabalho restaurador é o planejamento, seguir um protocolo como realização de fotografias extra e intra-orais, exames radiográficos, obtenção de modelos de estudo, análise da face, para a correta seleção do caso, e que facilite a comunicação com o laboratório, é fundamental para o sucesso do tratamento (RADZ,2011).

Com relação a isto, fotografias digitais extra e intra-orais, modelos de estudos, registro de mordida, foram enviados para o laboratório, onde foi realizado um encerramento diagnóstico do caso e determinação das dimensões ideais de largura e comprimento dos dentes.

Outro ponto a respeito do planejamento que também influencia no sucesso do tratamento, são as expectativas e exigências do paciente em relação ao tratamento, nesta etapa o profissional deve utilizar o ensaio restaurador ou mock-up, que permite o esclarecimento de dúvidas, e que paciente, e cirurgião-dentista obtenham uma prévia, em relação a cor, tamanho e posição dos laminados cerâmicos (GONZALEZ et al., 2012).

Em relação ao preparo dental, é ideal que se mantenha a preparação em esmalte, para uma boa adesão com a cerâmica, e que ocorra o mínimo desgaste necessário da estrutura dentária (PNEUMANS et al., 2000). O preparo incorreto pode ser apontado como a principal causa de falha adesiva, pois o desgaste excessivo pode não criar espaço adequado para a porcelana, enquanto o desgaste excessivo pode remover áreas de esmalte, prejudicando a adesão (PNEUMANS et al., 2000; RADZ, 2011). Além disso, a realização de um desgaste homogêneo é essencial para que a cerâmica apresente a mesma espessura em toda sua extensão, tornando-se

mais resistente (GONZALEZ et al., 2012). Por este motivo, foram utilizadas as guias de orientação, com cortes no sentido vestibulo-lingual, durante todo procedimento de preparo dos dentes, a fim de proporcionar dimensões uniformemente desgastadas, e para preservar a estrutura dental.

Em relação ao cimento, um cimento resinoso fotopolimerizável é o mais indicado, pois permite um tempo de trabalho mais longo em comparação aos cimentos químicos ou duais, proporcionando maior controle para o cirurgião-dentista remover os excessos, e além disso sua estabilidade de cor é superior, possuindo várias opções de cores e opacidade (PNEUMANS et al., 2000 ; SILAMI et al., 2016). No entanto é necessário que ocorra a correta transmissão de luz em toda extensão da restauração (PNEUMANS et al.,2000). Devido a isso foi utilizado o cimento fotopolimerizável com sistema try-in (Allcem Veneer, FGM), para maior previsibilidade do resultado.

A remoção seletiva de esmalte, por sua vez, é uma alternativa conservadora para alcançar resultados estéticos, que consiste em pequenos desgastes na estrutura do esmalte, para corrigir formas, e melhorar o aspecto estético do sorriso (MATHIAS et al., 2016). Desta maneira foi realizado procedimento de ameloplastia nos elementos 13 e 23, mostrando-se como uma alternativa conservadora e eficaz para melhorar o resultado estético.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, podemos concluir que o sucesso dos laminados cerâmicos depende de inúmeros fatores, tais como: diagnóstico correto, planejamento, emprego de técnicas e materiais adequados, preparo conservador, cimentação criteriosa entre outros. A multidisciplinariedade e a obediência a um protocolo reabilitador previsível, possibilita a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios, proporcionando um sorriso estético e harmonioso, aliado a longevidade clínica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OKIDA, R.C. et al. Lentes de contato: Restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37, n.1, p. 53-59, Janeiro/Abril, 2016.

FONT, A. F. Choice of ceramic for use in treatments with porcelain laminate veneers. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.11, p.297-302, Janeiro, 2006.

TIN-OO, M.M.; SADDKI, N.; HASSAN, N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. **BMC Oral Health**, v. 11, n. 6, p. 1-8,2011.

EDELHOFF, D.; SORENSEN, J.A. Tooth structure removal associated with various preparation designs for anterior teeth. **THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY**, Maio, 2002.

RODRIGUES, R.B. et al. Clareamento dentário associado à facetas Indiretas em cerâmica: Abordagem minimamente invasiva. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 59, p. 520-525, 2012.

MC LEAN, J.W. Evolution of dental ceramics in the twentieth century. **J Prosthet Dent**, v. 85, 2001.

MENEZES, M.S. et al. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**. v. 24, n.68, p.37-43, 2015.

KELLY, J.R.; NISHIMURA, I.; CAMPBELL, S.D. Ceramics in dentistry: Historical roots and current perspectives. **THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY**, v. 75, n.1, p. 18-32, 1996.

CARDOSO, P.C. et al. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. **Rev Odontol Bras Central**, v. 20, n. 52, p. 88-93, 2011.

PNEUMANS, M. et al. Porcelain veneers: a review of the literature. **Journal of Dentistry**, v. 28, p. 163-177, 2000.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Dentística: saúde e estética**. Porto Alegre: Artmed 2007.

RADZ, G.M. Minimum Thickness Anterior Porcelain Restorations. **Dent Clin N Am**, v. 55, p. 353-370, 2011.

GUESS, P.C; STAPPERT, C.F.J. Midterm results of a 5-year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. **Dental Materials**, v. 24, p. 804-813, 2008.

MATHIAS, P. et al. CaseReport A Conservative Esthetic Approach Using Enamel Recontouring and Composite Resin Restorations. **Case Reports in Dentistry** , p. 1-5, 2016.

CAROLI, A. et al. Avaliação do contorno gengival na estética do sorriso. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n.2, p. 242- 245, 2008.

VOLPATO, C.A.M. et al. Optical influence of the type of illuminant , substrates and thickness of ceramic materials. **Dental Materials**, v. 25, p. 87-93, 2009.

BURKE, F.J.T; LUCAROTTI, P.S.K. Ten-year outcome of porcelain laminate veneers placed within the general dental services in England and Wales. **Journal of Dentistry**, v.37, p. 31-38, 2009.

MORITA, R.K. et al. CaseReport Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. **Case Reports in Dentistry**, p. 1-13, 2016.

IBARRA, G. et al. Microleakage of porcelain veneer restorations bonded to enamel and dentin with a new self-adhesive resin-based dental cement. **Dental Materials**, v. 23, p. 218-225, 2007.

DELLA BONA, A. et al. **Adesão às cerâmicas: evidências científicas para uso clínico**. Artes Médicas, 2009.

CUNHA, L.F.et al. Laminados Cerâmicos na Finalização dos Tratamentos Clínicos Integrados. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 54, n.1-3 , p. 31-34, jan./dez., 2013.

GONZALEZ, M.R.et al. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 43-8, jan./jun. 2012.

DUMFAHRT, H. Porcelain laminate veneers. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part 1: Clinical procedure. **Int. J. Prosthodont**, v. 12, n.6, p. 505-513, 1999.

CHEN, J. et al. Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers. **Journal of Dentistry** , v.33, p. 3-8, 2005.

FRADEANI, M.; REDEMAGNI, M.; CORRADO, M. Porcelain laminate veneers: 6 to 12-year clinical evaluation - a retrospective study. **Int. J. Periodontics Restorative Dent**. v. 25, n.1, p. 9-17, 2005.

ALBANESI, R.B.et al. Incisal coverage or not in ceramic laminate veneers: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 52, p.1-7,2016.

PIEMJAI, M.; ARKSORNNUKIT, M. Compressive Fracture Resistance of Porcelain Laminates Bonded to Enamel or Dentin with Four Adhesive Systems. **Journal of Prosthodontics**, v. 16, n.6, p. 457-464, 2007.

CONCEIÇÃO, E.N. et al. **Restaurações Estéticas: Compósitos, Cerâmicas e Implantes**. Porto Alegre: Artmed 2005

SILAMI, F.D.et al.Influence of Different Types of Resin Luting Agents on Color Stability of Ceramic Laminate Veneers Subjected to Accelerated Artificial Aging. **Brazilian Dental Journal**, v. 27, p. 95-100, 2016.

7 APÊNDICE



Figura 1. Foto intra-oral inicial. Pigmentações das restaurações em resina composta nos elementos 21 e 11, elementos 13 e 22 vestibularizados.



Figura 2. Aspecto do sorriso após clareamento caseiro durante 4 semanas, intercalado com 2 sessões de clareamento de consultório.



Figura 3. Pós-operatório imediato, da Cirurgia Periodontal realizada, com osteotomia dos elementos 11 e 21, e gengivectomia dos elementos 12 e 22.



Figura 4. Aspecto gengival 90 dias após a Cirurgia Periodontal.

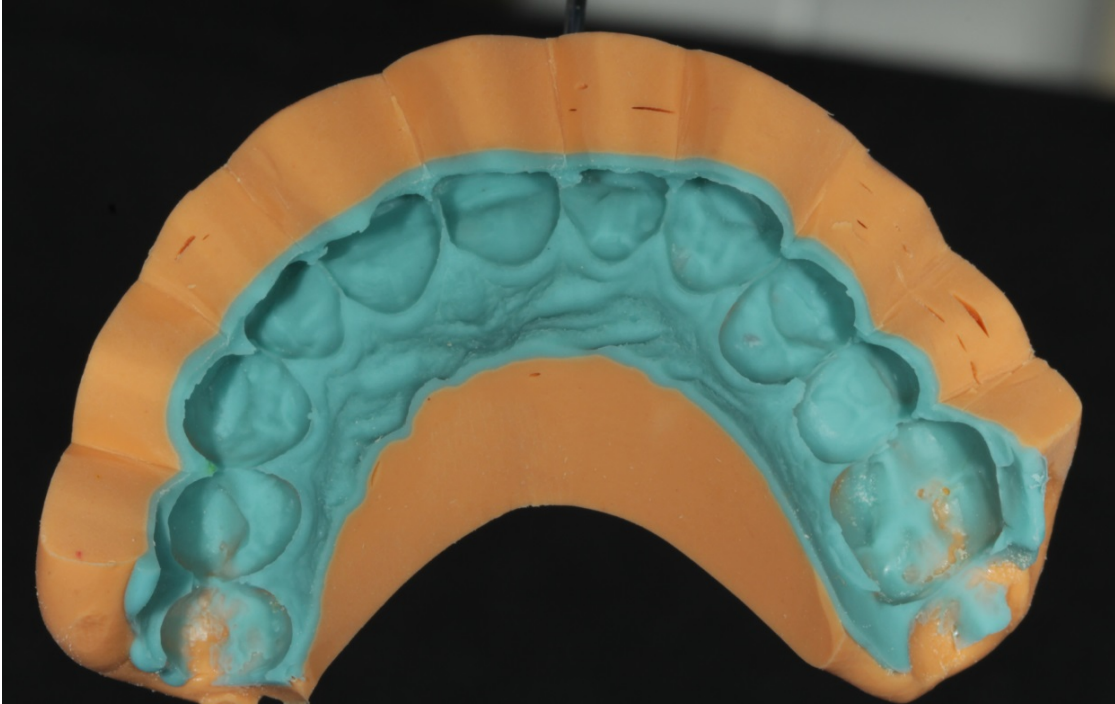


Figura 5. Guia de silicone de adição, confeccionada apartir do modelo de gesso com enceramento diagnóstico, para confecção do ensaio restaurador, “Mock-up”.



Figura 6. Paciente com Mock-up em boca, confeccionado com resina bisacrílica.



Figura 7. Com o mock-up, paciente obteve maior previsibilidade do tratamento, aumentando assim a confiança nos procedimentos que seriam executados posteriormente.



Figura 8. Guia posicionada no modelo de gesso, confeccionada em silicona de adição para servir de guia no desgaste dos preparos.



Figura 9. Guia utilizada durante todo o procedimento de Preparo, para guiar desgastes, e não ocorrer desgates desnecessários da estrutura dental.



Figura 10. Foto da seleção de cor, realizada juntamente com a aprovação da paciente. Utilizou-se escala Vita, e a cor escolhida foi A1.



Figura 11. Preparos realizados. **(a)** Vista lateral direita. **(b)** vista lateral esquerda. **(c)** vista frontal.



Figura 12. Laminados cerâmicos, reforçados por dissilicato de lítio. (IPS E-max, IVOCLAR VIVADENT).

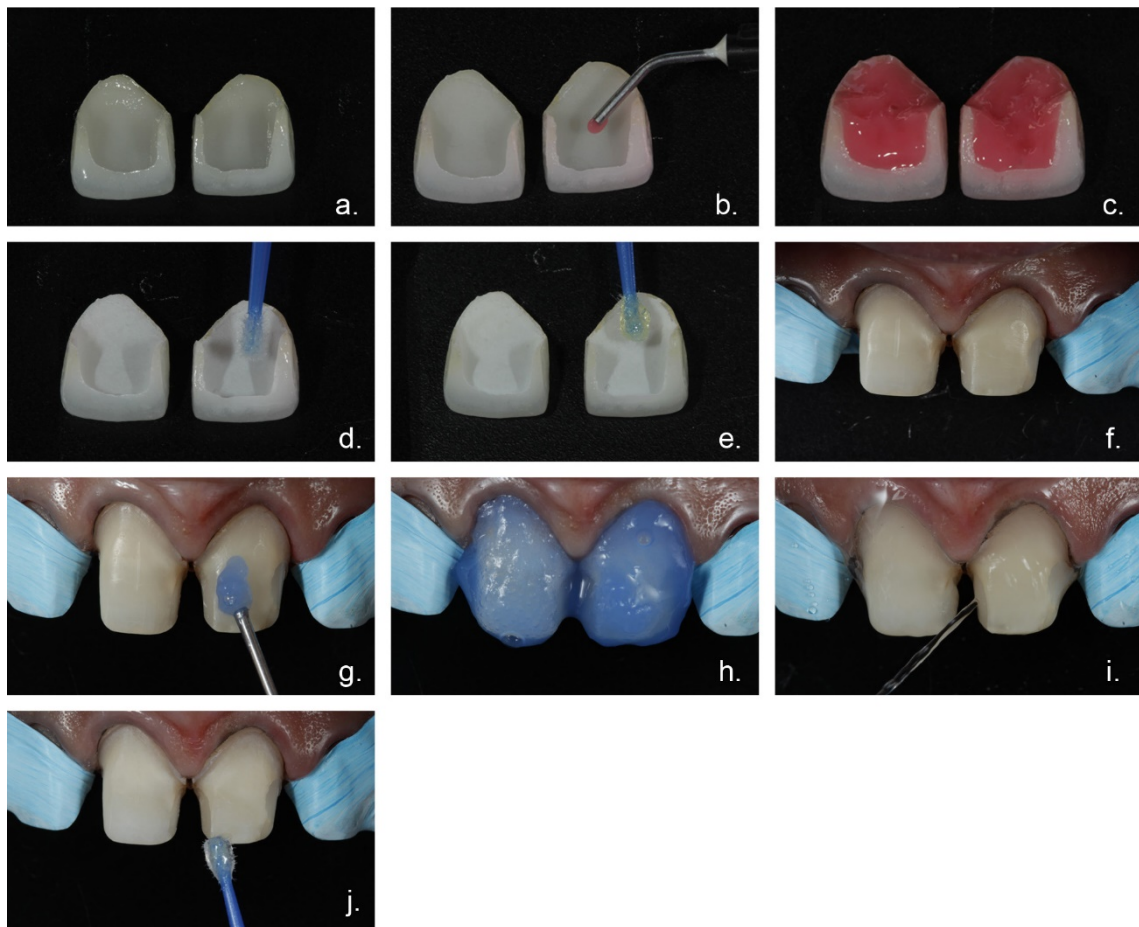


Figura 13. Etapas da cimentação. **(a)** Laminados cerâmicos. **(b) (c)** condicionamento ácido fluorídrico 10%, por 20 segundos. Após lavagem abundante com água e

secagem. **(d)** Aplicação do silano, por 1 minuto, secagem com jatos de ar. **(e)** Aplicação do adesivo, secagem com jatos de ar, e fotopolimerização por 10 segundos. **(f)** Tratamento dos dentes. **(g) (h)** Condicionamento ácido fosfórico 37% durante 15 segundos. **(i)** Lavagem abundante por 15 segundos, secagem. **(j)** Aplicação do adesivo e fotopolimerização por 10 segundos.

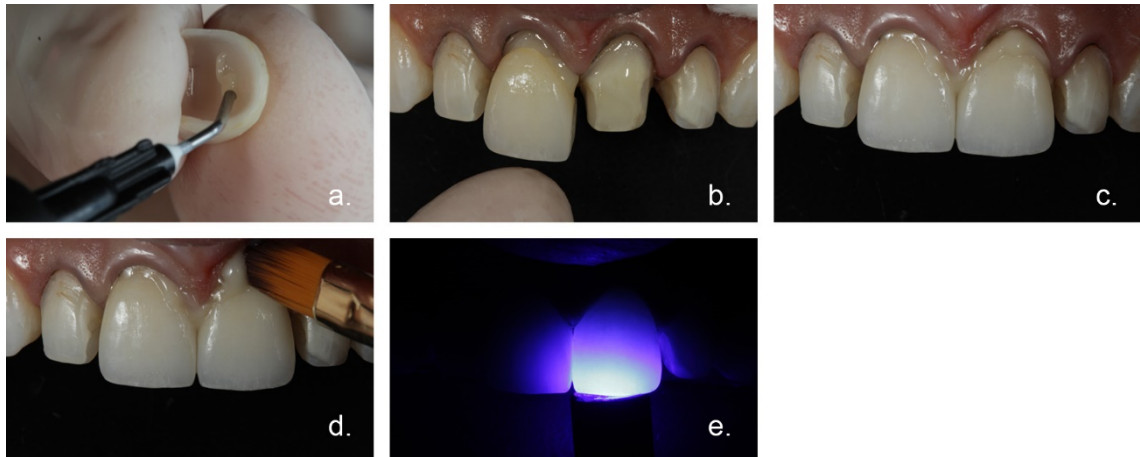


Figura 14. Etapas da cimentação. **(a)** Cimento resinoso aplicado na peça. **(b) (c)** Peças levadas em boca, de incisal para cervical, permitindo adequado assentamento e escoamento. **(d)** Remoção dos excessos de cimento com auxílio de pincel. **(e)** Fotopolimerização por 60 segundos em cada face da peça.



Figura 15. Conferindo adaptação e removendo eventuais resíduos de cimento.



Figura 16. Uso de bisturi com lâmina 12 para eliminar resíduos de agente cimentante.



Figura 17. Remoção dos fios para afastamento gengival, após cimentação.



Figura 18. Vista por vestibular dos laminados cerâmicos nos elementos 11,12,21,22.



Figura 19. Vista por vestibular dos laminados cerâmicos, após ameloplastia dos elementos 13 e 23.



Figura 20. Aspecto inicial do sorriso da paciente.



Figura 21. Aspecto final do sorriso.