

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA

Carolina dos Santos Berwanger

Fechamento de Múltiplos Diastemas com Laminados Cerâmicos: Relato de Caso

PORTO ALEGRE

JULHO 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA

Carolina dos Santos Berwanger

Fechamento de Múltiplos Diastemas com Laminados Cerâmicos: Relato de Caso

Monografia apresentada ao curso
de Especialização em Dentística da FOUFRGS
com o intuito de obter o título de
Especialista na Área de Concentração

Orientador: Profa. Dra. Juliana Nunes Rolla

Co-Orientador: Prof. Me. Aurélio Salaverry

PORTO ALEGRE

JULHO DE 2015

RESUMO

BERWANGER, Carolina dos Santos. **Fechamento de Múltiplos Diastemas com Laminados Cerâmicos: Relato de Caso.** 2015. 21f. Monografia do curso de Especialização em Dentística – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Atualmente, com o aumento de exigência estética por parte de pacientes que procuram tratamento odontológico, o avanço da tecnologia tem possibilitado o surgimento de novas opções de tratamentos altamente conservadores e que possibilitam excelência estética. Reanatomizações, diastemas ou dentes fraturados podem ser tratados com o uso de laminados, procedimento que tem demonstrado altos índices de sucesso e resultados previsíveis com longevidade desejável para dentes anteriores. A possibilidade de fazer um preparo reduzido e extremamente conservador com preservação de tecido hígido é uma das principais vantagens do tratamento com laminados cerâmicos. A conservação da estrutura dental remascente é fundamental para obter longevidade e sucesso clínico em todos os tipos de restauração, alcançando longevidade de mais de 90% dos casos em até 12 anos de acompanhamento.

Palavras-chave: Laminados cerâmicos. Diastema. Fechamento de diastema.

ABSTRACT

BERWANGER, Carolina dos Santos. Closure of multiple diastema with porcelain laminate veneers: a case report. 2015. 21f. Monograph of Specialization in Dentistry – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Nowadays, with the increase of aesthetic requirements by patients who look for odontological treatment, the advance of technology has enabled the appearance of new options of highly conservative treatments with aesthetic excellence. Reanatomization, diastema or fractured teeth can be treated by using laminate veneers, procedure that has shown high success rates and predictable results with desired longevity to anterior teeth. The possibility of making a reduced preparation and extremely conservative with sound tissue preservation is one of the main advantages of treatment with porcelain laminate veneers. The conservation of the remanescant dental structure is fundamental to obtain longevity and clinical success in all kinds of restoration, reaching longevity in over 90% of the cases up to 12 years of follow-up.

Keywords: Porcelain laminate veneers. Diastema. Diastema closure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3 RELATO DE CASO	10
3.1 PREPARO DOS DENTES.....	10
3.2 MOLDAGEM E PROVISÓRIO.....	11
3.3 PROVA E CIMENTAÇÃO DAS PEÇAS.....	12
4 DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO.....	14
6 REFERÊNCIAS.....	15
7 APÊNDICE.....	17

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, há um aumento da exigência estética por parte de pacientes que procuram tratamento odontológico. Desde a introdução do condicionamento ácido por Buonocore e do desenvolvimento da resina composta por Bowen, o avanço da tecnologia e dos materiais na área da Odontologia cosmética têm possibilitado o surgimento de novas opções de tratamentos estéticos e conservadores.

Existem várias opções de tratamento focadas no fechamento de diastemas para se criar um sorriso harmonioso e agradável. Expor ao paciente todas as alternativas de tratamento, ressaltando os riscos e benefícios de cada uma delas, juntamente com um cuidadoso diagnóstico, plano de tratamento adequado e a seleção do caso clínico apropriado são elementos necessários para que haja a garantia de um resultado estético e funcional de excelência (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011).

A porcelana é usada há muito tempo com sucesso na Odontologia. É o material que melhor reproduz as propriedades ópticas de um dente hígido, além de ter uma excelente estabilidade de cor e grande resistência ao desgaste (RADZ, 2011).

Os laminados cerâmicos são uma alternativa de tratamento para dentes que possuem alteração de forma, cor ou tamanho, propiciando ao paciente um procedimento minimamente invasivo e altamente estético (BHOYAR, 2011; BULBULE, 2006). Reanatomizações, diastemas ou dentes fraturados podem ser restaurados com o uso de laminados, procedimento que tem demonstrado altos índices de sucesso (MURAT; IPLIKÇIOGLU, 2000; D'ARCANGELO et al., 2012, GRESNIGT; KALK; ÖZCAN, 2013) e resultados previsíveis com longevidade desejável para dentes anteriores (PEUMANS et al., 2004).

O uso de laminados cerâmicos é uma ótima escolha de tratamento para fechamento de diastema, pois além de promover estética ao oferecer um novo formato dental harmonioso com pouca remoção de tecido dental, visa uma oclusão estável e funcional (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011), obtendo usualmente uma alta satisfação do paciente, sendo esta opção de tratamento uma das principais indicações para fechamento de diastemas (D'ARCANGELO et al., 2012).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Diastemas são a presença de espaços entre os dentes decíduos ou permanentes, sendo sua ocorrência muito comum em ambas dentições. Diversos fatores podem estar relacionados com as causas do diastema, podendo variar entre fatores hereditários, posição do freio labial, hábitos da língua e lábios, discrepância de tamanho entre os dentes, migração e perdas dentais (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011).

Os espaços presentes entre os dentes distorcem um sorriso agradável, pois prendem a atenção do observador no diastema, e não na composição dental total (GUREL, 2003), situação que causa incômodo e desconforto para alguns pacientes.

Para restaurar a estética do sorriso, o cirurgião dentista pode lançar mão da técnica ortodôntica, além da abordagem restauradora com resina composta e coroas de porcelana (RITTER, 2004, PRASADA et al. 2014).

Laminados cerâmicos podem ser utilizados para reanatomizar o sorriso, pois permitem que o formato e o tamanho dos dentes sejam redesenhados tendo uma abordagem extremamente conservadora em termos de redução dentária (BHOYAR, 2011), possibilitando a conservação da estrutura dental remanescente (OKIDA et al., 2012). São muito aceitos atualmente, e resultam em uma alternativa de tratamento previsível, muito estética e pouco invasiva (RADZ, 2011).

A porcelana teve seu uso difundido e se tornou popular por suas propriedades mecânicas superiores e estética melhorada (AZER et al., 2011), apresentando excelentes propriedades ópticas, como translucidez, estabilidade de cor a longo prazo (TURGUT; BAGIS, 2011) e durabilidade, o que permite um resultado clínico de sucesso.

A evolução na técnica de preparo, na composição das cerâmicas e nos cimentos odontológicos fazem com que laminados cerâmicos sejam uma excelente opção de tratamento para correção da estética em dentes anteriores (BULBULE et al., 2006).

O preparo mínimo dental de até 0,5 mm possibilita o assentamento da peça no dente, o mascaramento de áreas não estéticas e garante a força necessária para a fabricação e entrega da peça (RADZ, 2011), que pode ter sua resistência à fratura aumentada após a cimentação adesiva

(ALENCAR et al., 2014), se tornando tão resistente, em termos de transferência de tensão e estresse, quanto à estrutura dental natural quando cimentada ao esmalte (ASHISH; NARULA; SINGH, 2013).

De acordo com Chander e Padmanabhan (2009), a fraca resistência à tração dos laminados cerâmicos pode interferir nos resultados clínicos quando usados em fechamento de diastemas, pois há um grande estresse na extensão de cerâmica sem suporte de estrutura dentária na área interproximal dos dentes. Para que haja uma diminuição relevante deste estresse, a extensão do dente restaurada pelo laminado deve abranger ambas faces proximais, e não só a mesial, permitindo assim seu uso em fechamento de amplos diastemas.

Gresnigt, Kalk e Özcan (2011) constataram que um dos tópicos mais importantes da confecção desta técnica é o procedimento adesivo ao remanescente dental e à restaurações existentes, atribuindo o sucesso das restaurações adesivas à qualidade da adesão aos substratos dentais. Asseguraram ainda, que o uso de laminados permite o reestabelecimento da força e função dos dentes, sendo seu sucesso a longo prazo determinado pela qualidade da adesão ao substrato dental.

Gurel et al. (2013), em um estudo retrospectivo de 12 anos, relataram que laminados cerâmicos cimentados em preparos limitados somente ao esmalte tiveram uma taxa de sobrevivência de 99%, não observando nenhuma fratura ou decementação. A longevidade foi de 94% quando as peças eram cimentadas em remanescentes dentais onde somente as margens do preparo eram em esmalte. Já quando cimentados em dentina e com as margens do preparo também em dentina, tiveram 10 vezes mais chance de falhar do que quando cimentados em esmalte. As falhas mais comuns foram fratura e decementação, sendo que não houve associação significativa entre as falhas, presença de restaurações e diastemas, resultando em uma opção de tratamento segura e previsível que preserva a estrutura dental.

Öztürk e Bolay (2014) avaliaram a sobrevivência de laminados de porcelana cimentados em preparos com diferentes graus de exposição de dentina durante dois anos. A taxa de falha encontrada foi de 8,8%, estando relacionada com grandes exposições de dentina na superfície do remanescente dental e com a higiene oral inadequada. Entretanto, afirmam que a mínima exposição de dentina no terço cervical do preparo pode ser insuficiente para influenciar o sucesso clínico das restaurações. Afirmam também que restaurações de resina composta existentes no preparo podem afetar o sucesso dos laminados cerâmicos.

Gresnigt, Kalk e Özcan (2013) avaliaram a diferença de laminados cerâmicos cimentados em dentes com e sem restaurações de compósitos. A taxa de sobrevivência clínica do total de dentes avaliados

foi de 94,6% em até 40 meses de observação, não diferindo estatisticamente a taxa de sobrevivência em dentes sem restaurações (96%) e com restaurações (93,5%).

D'Arcangelo et al. (2012) observaram após 7 anos que a taxa de longevidade dos laminados cerâmicos foi de 97,5%, relatando que as etapas de preparo, cimentação e acabamento são os principais fatores para o sucesso à longo prazo e para obter ótimos resultados estéticos com estas restaurações.

Já Peumans et al. (2004) avaliaram 87 laminados cerâmicos em um estudo prospectivo de 10 anos, quanto à estética, integridade marginal, retenção, microinfiltração, recorrência de cárie, fratura, vitalidade e satisfação do paciente. Estimaram que 92% dos laminados foram considerados clinicamente aceitáveis após 5 anos, e 64% após 10 anos, não havendo perda de nenhum elemento cerâmico durante os anos de avaliação. Somente 4% dos laminados tiveram que ser substituídos na avaliação de 10 anos.

De acordo com Radz (2011), bruxismo, dentes severamente mal posicionados e com restaurações antigas extensas são algumas das contra-indicações para o tratamento com laminados cerâmicos. RUIZ et al. (2014) concluíram que a presença de fraturas e decementação em laminados aumentaram em pacientes com bruxismo, sendo a probabilidade 3 vezes maior de a peça decementar em pacientes que apresentam esta parafunção.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos, procurou o curso de Especialização em Dentística da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul relatando estar descontente com seu sorriso. A paciente queixava-se do tamanho pequeno dos dentes anteriores, e principalmente do espaço que havia entre eles. Na primeira consulta, foram feitos exames clínicos, radiográficos, além de uma avaliação facial completa com fotografias intra e extra-oral, e impressões com hidrocolóide irreversível (Hydrogum- Zhermack). Ao exame clínico, constatou-se restaurações antigas de resina composta nos dentes 13-23 e de amálgama nos dentes 14 e 24 (Figura 1).

Questionada sobre a possibilidade de se submeter a um tratamento ortodôntico, a paciente rejeitou esta opção, pois gostaria de obter resultado estético mais rapidamente. Vários tratamentos foram discutidos com relação à durabilidade, conservação de tecido hígido, resultados estéticos, tempo clínico e custo, listando-se os riscos e benefícios de cada um deles.

O plano de tratamento envolveu restaurações dos dentes 14-23 com laminados cerâmicos (E-Max, Ivoclar Vivadent) , e onlay com recobrimento vestibular do dente 24 (E-Max, Ivoclar Vivadent), além de outras abordagens (implantes e trocas de restaurações defeituosas) que a paciente necessitava em alguns dentes posteriores. Os modelos de gesso foram estudados para decidir o formato e tamanho dos dentes através do enceramento diagnóstico. Um mock-up pré-operatório foi confeccionado com resina bisacrílica (Structur 2 SC- VOCO) para simular o resultado estético final e para obter a aceitação da paciente.

3.1 PREPARO DOS DENTES

Nas consultas iniciais, foram feitas três sessões semanais de clareamento em consultório utilizando- se peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Blue 35%- FGM), combinado com a técnica caseira, onde foi utilizado peróxido de carbamida a 10% (Whiteness Perfect 10%- FGM) por 21 dias, a fim de obter um melhor resultado estético com as restaurações de mínima espessura.

Inicialmente, optou-se por substituir as todas as restaurações antigas dos dentes 14-24 por novas restaurações de resina composta (Luna-SDI), pois elas poderiam interferir no resultado final das lâminas.

Foi definido que os preparos dos dentes que receberiam os laminados seriam conservadores em esmalte dentário nos dentes 14-23, pois os remanescentes não tinham alterações de cor ou forma. Os preparos tipo “janela” foram iniciados com uma canaleta cervical de orientação no centro da face vestibular com a ponta diamantada 1012 (KG Sorensen) que se estendeu por toda a extensão do dente e uma canaleta vertical com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen) para servir de referência para redução desta face. Foi feita remoção de esmalte em torno de 0.5 mm da face vestibular, onde o desgaste foi realizado com três planos de orientação (cervical, médio e incisal), mantendo a margem dos preparos supragengival em forma de chanfro em todos os dentes. Os contatos proximais foram rompidos para mascarar a interface dente/laminado, facilitar o procedimento de moldagem e permitir um correto perfil de emergência, o que resulta na precisa adaptação das peças. Não foi feita redução incisal em nenhum dente (Figura 2).

No dente 24 foi feito um preparo para onlay com recobrimento vestibular a fim de mascarar a pigmentação desta face causada pela antiga restauração de amálgama (Figuras 3 e 4). Neste preparo, foram utilizadas as pontas diamantadas 3131 (KG Sorensen) para dar expulsividade e arredondar os ângulos internos. A profundidade do preparo foi de 3-4 mm na região oclusal para fornecer espaço e espessura adequada à cerâmica. Na região de sulco central, 2 mm de tecido dentário foram removidos até a parede pulpar. Nas faces proximais, o preparo foi complementado com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen).

O refinamento dos preparos foi feito com auxílio de um contra-ângulo multiplicador de forças (Kavo), pontas diamantadas de granulação fina (KG-Sorensen) e discos de lixa (Sof-Lex Pop On, 3M ESPE). Após a finalização de todos os preparos, foi feito selamento imediato de dentina (Scotch Bond Multiuso-3M ESPE). Áreas retentivas e irregulares dos preparos foram preenchidas com resina composta cor A2 (Luna-SDI) para garantir a preservação de tecido hígido.

3.2 MOLDAGEM E PROVISÓRIO

Após a finalização de todos os preparos, foi feita a inserção de fio retrator individual #000 (Ultrapak- Ultradent) em todos os dentes, e os preparos foram moldados com silicona de adição leve e pesada (Express™- 3M ESPE), utilizando-se moldeira parcial dupla descartável (Moldex 3X1-Angelus). A moldagem foi feita em fase única, isto é, o material leve foi injetado nos preparos, e logo após, a moldeira que foi previamente carregada com o material pesado foi posicionada sobre o material

leve e os preparos, enquanto a paciente ocluiu em máxima intercuspidação habitual, promovendo o registro simultâneo de ambas arcadas (Figura 5).

Os provisórios (Figura 6) foram confeccionados utilizando-se resina bisacrílica cor A2 (Structur 2 SC-VOCO) com uma guia de silicona feita através do enceramento diagnóstico.

A moldagem foi enviada ao laboratório protético para dar início à confecção das peças cerâmicas.

3.3 PROVA E CIMENTAÇÃO DAS PEÇAS

Na consulta de prova das cerâmicas, foi avaliado o contorno, tamanho e formato dos dentes, adaptação marginal, simetria e contatos proximais. Os laminados foram provados individualmente para garantir que houvesse o assentamento correto de todas as peças, e coletivamente, para avaliar a estética final. Com a aprovação da paciente, todo o conjunto foi reenviado ao laboratório para serem feitas as correções finais e o glaze (Figura 7).

Feita a finalização das peças, procedeu-se o preparo interno individual dos laminados sob isolamento relativo combinado. Cada elemento cerâmico foi condicionado com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana- FGM) por 20 segundos. Após lavagem vigorosa e secagem com jatos de ar, aplicou-se silano (Prosil-FGM) por 2 minutos, seguido de uma fina camada de adesivo (Scotch Bond Multiuso- 3M ESPE), que foi polimerizado por 10 segundos.

Nos remanescentes dentários, foi feito condicionamento com ácido fosfórico 37% (Condac-FGM) por 15 segundos, e após a lavagem abundante e secagem dos preparos, foi aplicado adesivo (Scotch Bond Multiuso- 3M ESPE) e fotopolimerizado por 20 segundos.

Após a seleção da cor do cimento com a pasta try-in, optou-se por cimentar as peças com cimento resinoso fotopolimerizável A2 (Allcem Veneer – FGM), que foi inserido na parte interna de cada laminado, sendo assentados um a um nos remanescentes.

Cada peça recebeu uma polimerização inicial por 5 segundos, para dar estabilidade e remover os excessos de cimento. Após, cada face dos elementos foi polimerizada por 60 segundos. O ajuste oclusal foi feito com papel articular (Accufilm II- Parkell) e com pontas diamantadas 3118F e 3168F (KG Sorensen). O polimento final foi feito com pasta para polimento (Opal L- Renfert) e pontas siliconadas (Figuras 8, 9 e 10).

4 DISCUSSÃO

O uso de laminados cerâmicos para reestabeler a estética dos dentes naturais redesenhando o sorriso, mudando o formato e tamanho dos dentes e fechando diastemas tem se disseminado na Odontologia contemporânea.

A possibilidade de fazer um preparo reduzido e extremamente conservador com preservação de tecido hígido é uma das principais vantagens do tratamento com laminados cerâmicos. De acordo com Bhoyar (2011), a conservação da estrutura dental remanescente é fundamental para obter longevidade e sucesso clínico em todos os tipos de restauração.

As propriedades mecânicas e ópticas das cerâmicas permitem a reprodução da translucidez natural do esmalte enquanto mantém a estabilidade de cor, textura e contorno indefinidamente, resultando em um tratamento com excelente resultado estético e funcional. Além disso, Da Cunha et al. (2014) concluíram que laminados cerâmicos possibilitam a manutenção de um perfil de emergência e margens gengivais adequadas, dificultando a adesão de biofilme e permitindo o controle da saúde gengival.

Selecionar um bom caso clínico, materiais adequados, técnicas apropriadas e manter a comunicação com um talentoso ceramista são fundamentais para obter sucesso com a terapia de laminados (RADZ, 2011). De acordo com Roberts e Schull (2011), a colaboração entre dentista e laboratório protético é essencial para concluir a terapêutica com excelência.

O tratamento foi designado para assegurar o melhor resultado funcional à longo prazo e para oferecer uma estética de excelência à paciente.

CONCLUSÃO

A terapia com laminados cerâmicos para o fechamento de diastemas é um procedimento confiável e efetivo para tratar dentes anteriores com alterações estéticas, pois oferece um resultado durável, harmonioso e conservador.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, MS. Et al. Reestablishment of esthetics with minimum thickness veneers: A one-year follow-up case report. **Quintessence Int.** Berlin, v. 45, no. 7, p.593-597, July/Aug. 2014
- ASHISH, A.; NARULA, R.; SINGH, R. Veneers: A journey to esthetics. **International Journal of Dental Clinics**, v.5, no.1, p.26-28, 2013.
- AZER, S.S. et al. Effect of substrate shades on the color of ceramic laminate veneers. **J. Prosthet. Dent.**, Augusta, v.106, no.3, p.179-183, Sept. 2011.
- BHOYAR, A.G. Esthetic closure of diastema by porcelain laminate veneers: a case report. **People's Journal of Scientific Research.**, Bhanpur, v.4, no1, p.47-50, Jan. 2011.
- BULBULE, N.S. et al. Esthetic rehabilitation with laminate veneers. **J Indian Prosthodont Soc.**, Mumbai, v.6, no.2, p.101-104, June 2006.
- CHANDER, N.G.; PADMANABHAN, T.V. Finite element stress analysis of diastema closure with ceramic laminate veneers. **J.Prosthodont.**, v.18, no.7, p.577-581, Oct. 2009
- DA CUNHA, L.F. et al. Esthetic, occlusal, and periodontal rehabilitation of anterior teeth with minimum thickness porcelain laminate veneers. **J. Prosthet. Dent.**, Augusta, v.112, no.6, p. 1315-1318, Dec. 2014
- D'ARCANGELO, C. et al. Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: results up to 7 years. **Clin. Oral Invest.**, Berlin, v.16, no.4, p.1071-1079, Aug. 2012.
- GRESNIGT, M. M. M.; KALK, W., ÖZCAN, M. Esthetic rehabilitation of worn anterior teeth with thin porcelain laminate veneers. **Eur. J. Esthet. Dent.**, v.6, no.3, p.298-313, Autumn 2011
- GRESNIGT, M. M. M.; KALK, W., ÖZCAN, M. Clinical longevity of ceramic laminate veneers bonded to teeth with and without existing composite restorations up to 40 months. **Clin. Oral Invest.**, Berlin, v.17, no. 3, p.823-832, Apr. 2013.
- GUREL, G. Porcelain laminate veneers for diastema closure. In: The science and art of porcelain laminate veneers. Ergoldin (Germany): Quintessence Publishing; p.369-392, 2003
- GUREL, G. et al. Influence of enamel preservation on failure rates of porcelain laminate veneers. **Int. J. Periodontics. Restorative. Dent.**, v.33, no.1, p.31-39, Nov/Dec 2013.
- MURAT, C.Ç; IPLIKÇIOĞLU, H. Five-year follow-up of inceram laminate restoration: a clinical report. **J. Prosthet. Dent.**, Augusta, v.84, no.5, p.477-489, Nov. 2000.
- OKIDA, R.C. et al. The use of fragments of thin veneers as a restorative therapy for anterior teeth disharmony: a case report with three years of follow-up. **J. Contemp. Dent. Pract.** Cincinnati, v.13, no. 3, p. 416-420, May-June 2012.
- OQUENDO, A.; BREA, L.; DAVID, S. Diastema: Correction of excessive spaces in the esthetic zone. **Dent. Clin. N. Am.**, United Kingdom, v.55, no.2, p.265-281, Apr. 2011.

PEUMANS, M. et al. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. **J. Adhes. Dent.**, New Malden, v.6, no.1, p.65-76, Apr. 2004.

PRASADA, G. et al. Clinical Management of midline diastema. **Indian J. Dent. Adv.**, v.6, no.1, p. 1479-1483, Feb. 2014.

RADZ, G.M. Minimum thickness anterior porcelain restorations. **Dent. Clin. N. Am.**, United Kingdom, v.55, no.2, p.353-370, Apr. 2011.

RITTER, A.V. Diastema closure. **J. Esthet. Restor. Dent.** Hamilton, v.16, no.6, p.389, Nov. 2004.

ROBERTS, M.; SHULL, G.F. Jr. Treating a young adult with bonded porcelain veneers. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.142, suppl. 2, p. 10S-13S, Apr. 2011

RUIZ, M.G. et al. Influence of bruxism on survival of porcelain laminate veneers. **Med. Oral Patol. Oral. Cir. Bucal**, Valencia, v.19, no.5, p.426-432, Sept. 2014

TURGUT, S.; BAGIS, B. Color stability of laminate veneers: An in vitro study. **J. Dent.** Bristol, v.39, suppl. 3, p.e-57-e64, Dec. 2011

APÊNDICES



Figura 1: Aspecto inicial do sorriso da paciente.



Figura 2: Preparos conservadores em esmalte dos dentes 14-23.



Figura 3: Vista da face vestibular do dente 24 pigmentada pela restauração de amálgama



Figura 4: Preparo para onlay com recobrimento vestibular do dente 24.



Figura 5: Moldagem dos preparos com silicona de adição



Figura 6: Aspecto do sorriso da paciente com provisório de resina bisacrílica feito a partir do enceramento diagnóstico



Figura 7: Laminados cerâmicos glaziados e prontos para cimentação.



Figura 8: Laminados cerâmicos cimentados.



Figura 9: Vista lateral do sorriso final da paciente.



Figura 10: Vista frontal do sorriso final da paciente.