

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

CAMILA PROVENZI

REESTABELECIMENTO DE GUIA ANTERIOR E ESTÉTICA COM LAMINADOS
CERÂMICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Porto Alegre
2017

CAMILA PROVENZI

REESTABELECIMENTO DE GUIA ANTERIOR E ESTÉTICA COM LAMINADOS
CERÂMICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao curso de Especialização de Dentística da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista na área de concentração.

Orientador: Ewerthon Nocchi Conceição

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Provenzi, Camila

Reestabelecimento de guia anterior e estética com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico / Camila Provenzi. -- 2017.

34 f.

Orientador: Ewerton Nocchi.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Laminados Cerâmicos. I. Nocchi, Ewerton, orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais,
Ênio e Vera, pelos constantes apoio e
incentivo na busca pelos meus
sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem me proporcionado o estudo, incentivado e dado bons exemplos, mas também por serem o meu maior porto seguro, meu alicerce e minha base. A realização deste sonho só é possível graças a vocês.

Aos meus irmãos, **Matheus, Júlia, Laura e Paula**, por, mesmo longe, sempre terem se feito presentes. Por terem sido minhas doses diárias de carinho, amor e alegria.

Aos professores do curso de Especialização em Dentística, por transmitirem o seu conhecimento com entusiasmo e empenho, em especial ao professor **Ewerton**, por ter dedicado o seu tempo na orientação deste trabalho.

Aos colegas do curso, pela amizade criada, e por terem tornado os momentos difíceis mais leves, e os felizes, muito felizes.

Ao **Giovanni** e à **Ana**, pelo suporte tanto estrutural quanto emocional ao longo de todos os módulos.

"A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos".

(Marcel Proust)

RESUMO

PROVENZI, Camila. **Reestabelecimento de Guias e Estética com Laminados Cerâmicos: Relato de Caso Clínico.** 2017. 34 f. Monografia (Curso de Especialização em Dentística) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

A crescente busca por tratamentos que visem a estética do sorriso é uma realidade nos consultórios odontológicos. O desenvolvimento da Odontologia Restauradora propiciou tratamentos cada vez mais previsíveis, eficientes e menos invasivos para a reabilitação estética. A posição dos dentes anteriores tem um papel fundamental no equilíbrio oclusal, e durante o movimento de atrição, a guia anterior pode ser perdida. Dentes desgastados podem ser tratados com o uso de laminados cerâmicos, que aliam preparos altamente conservadores a resultados estéticos e funcionais satisfatórios, com excelente longevidade para dentes anteriores. Este estudo tem como objetivo apresentar um protocolo clínico de planejamento e execução de laminados cerâmicos e lentes de contato dentais, ilustrada por um caso clínico, em que se buscou o reestabelecimento da guia anterior de oclusão. O resultado obtido alcançou as expectativas da paciente com conforto e previsibilidade estética.

Palavras-Chave: Facetas dentárias. Cerâmica. Estética dentária.

ABSTRACT

PROVENZI, Camila. **Reestablishment of aesthetics and occlusal guides with laminate veneers: a case report.** 2017. 34 f. Monograph (Specialization in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

The increasing demand for treatments that aim at the smile aesthetics is a reality in the dental offices. The development of Restorative Dentistry provided increasingly predictable, efficient and less invasive treatments for aesthetic rehabilitation. The position of the anterior teeth has a fundamental role in the occlusal balance, and during the attrition movement, the anterior guidance can be lost. Worn teeth can be treated with the use of ceramic veneers, which combine highly conservative preparations with satisfactory aesthetic and functional results, with excellent longevity for anterior teeth. This study aims to present a clinical protocol for the planning and execution of ceramic veneers, illustrated by a clinical case, in which the reestablishment of the anterior guidance was sought. The result reached the patient expectations with comfort and aesthetic predictability.

Keywords: Dental veneers. Ceramics. Esthetics, Dental.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	14
3	RELATO DE CASO	15
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	23
	ANEXO	25

1 INTRODUÇÃO

A crescente busca por tratamentos que visem a estética do sorriso é uma realidade nos consultórios odontológicos. Em parte, ela pode ser fruto da mídia e dos diversos meios de comunicação que, segundo TEO (2010), disseminam padrões de beleza e interferem nas escolhas individuais da população. Além disso, existe uma relação entre a aparência estética e o bem estar psicossocial dos indivíduos (CASH *et al.*, 1986). A face é a parte do corpo mais determinante para a formação da atração física pelos indivíduos. Dentre as características faciais, o sorriso é o aspecto mais valorizado, ou que primeiro é percebido pelos sujeitos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2007).

Dessa maneira, aumenta a exigência das pessoas com relação à harmonia de seus sorrisos. Por outro lado, essa busca pela estética só acontece porque o desenvolvimento da Odontologia Restauradora propiciou tratamentos cada vez mais previsíveis, eficientes e menos invasivos, aumentando a segurança e a satisfação dos pacientes que, hoje, buscam soluções estéticas.

O mimetismo das características naturais dos dentes sempre foi uma das grandes finalidades dos materiais restauradores, mas foi somente após a preconização do condicionamento ácido do esmalte (BUONOCORE, 1955), que novas perspectivas surgiram na odontologia, junto com o desenvolvimento das resinas compostas por Bowen, em 1963. Começaram a surgir técnicas e materiais com adesividade ao dente, e, portanto, minimamente invasivos se comparados aos tratamentos tradicionais. Posteriormente, preconizou-se o condicionamento ácido também em dentina (FUSAYAMA, 1979), possibilitando adesão também nesse substrato. Horn, bem como Simonsen e Calamia, ambos em 1983, divulgaram procedimentos de tratamento da superfície interna da cerâmica, que propiciavam uma adequada união entre restaurações feitas desse material e o substrato dentário, por meio de um agente cimentante resinoso (BARATIERI *et al.*, 2008).

Esses avanços, aliados à evolução dos materiais odontológicos, possibilitaram a utilização efetiva de facetas como alternativa restauradora. Elas consistem no recobrimento da face vestibular do esmalte dental por um material restaurador, por meio de sistemas adesivos, e possuem como principais vantagens serem altamente estéticas e conservadoras (ANUSAVICE, 2005).

As facetas, de maneira geral, são indicadas para promover o reestabelecimento estético e funcional em dentes com alteração de cor, forma ou posição envolvendo a face vestibular (CONCEIÇÃO *et al.*, 2007). Dentre as principais razões para serem indicadas, pode-se citar alterações de cor, como dentes com fluorose, manchamento por tetraciclina, envelhecimento fisiológico ou escurecimento por trauma. Modificações de forma, como: fechamento de diastemas, dentes conóides, reanatomização de dentes decíduos retidos, aumento do comprimento dentário em proporções de altura e largura alteradas, atrição ou abrasão, fraturas dentais ou dentes com restaurações extensas. Alterações cosméticas de textura, como amelogenese imperfeita, erosão, deformações congênicas ou adquiridas, amplas lesões cervicais ou de cárie. Ainda, em pequenas correções de posição dentária ou em dentes que se deseja reestabelecer guia anterior e guia canina, e recuperação estética de coroas fraturadas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2007; KINA *et al.*, 2007).

Dentre as possibilidades existentes, as facetas podem ser confeccionadas com resina composta. Essa técnica apresenta como vantagens ser realizada em sessão única, apresentar facilidade de reparo, bom resultado estético inicial, custo baixo e técnica mais simples, uma vez que dispensa a etapa laboratorial, não necessitando, portanto, moldagem nem confecção de provisórios (CONCEIÇÃO *et al.*, 2007). No entanto, os compósitos são mais vulneráveis ao desgaste, manchamento ou alteração total de cor, perda de polimento e redução da estética ao longo do tempo.

Isto ocorre porque os compósitos em geral possuem uma matriz polimérica infiltrada por partículas de carga. Esses materiais são mais vulneráveis a desgaste, devido à baixa dureza da matriz, e a fraturas, devido à resistência inferior. Além disso, perda de polimento superficial por remoção de partículas de carga da superfície, que alteram o índice de refração do material, tornando-o opaco, e, conseqüentemente, prejudicam a sua estética ao longo do tempo. Também apresentam como características contração de polimerização, sorção e solubilidade da matriz polimérica, que podem causar alterações de cor e das propriedades mecânicas do material (AMIROUCHE-KORICHI; MOUZALI; WATTS, 2009; DE MUNCK *et al.*, 2005; FERRACANE, 2006; MALACARNE *et al.*, 2006 SKOVGAARD *et al.*, 2001).

Para compensar as limitações dos compósitos, foram propostos os laminados cerâmicos. A cerâmica é um material inerte, portanto não sofre trocas com o meio e não se degrada no ambiente bucal. Possui alta lisura e tensão superficiais, que determinam baixa agregação de biofilme e a tornam altamente biocompatível e, conseqüentemente, capaz de promover uma boa integração com o tecido periodontal. Além disso, é o material que melhor reproduz os aspectos ópticos presentes nos dentes naturais, como reflexão de luz, translucidez, opalescência, textura e forma. Essas características, aliadas a possibilidade de personalização para cada caso, promovem alto mimetismo da estrutura dental. Também tem alta resistência mecânica quando cimentada ao esmalte, boa adaptação marginal, e elevado sucesso clínico comprovado por estudos longitudinais (CALAMIA; CALAMIA, 2007; CONCEIÇÃO *et al.* 2007; CONCEIÇÃO *et al.*, 2013; KINA, 2005).

Quando são feitos laminados em cerâmica, problemas como perda da estabilidade de cor e descoloração marginal são minimizados, uma vez que as margens ficam localizadas na região supragengival, de fácil higienização, e são passíveis de polimento mesmo após a sua cimentação (CALAMIA; CALAMIA, 2007). São, portanto, indicados quando se deseja obter um melhor desempenho clínico a longo prazo (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013).

Além disso, ocorre ainda assim a preservação da estrutura, uma vez que pode ser realizado um preparo mínimo dental de até 0,3mm de espessura, para garantir o assentamento da peça. Neste caso, dá-se aos laminados o nome de lentes de contato dentais (RADZ, 2011). Essa espessura somente é possível porque as cerâmicas atuais apresentam valores de resistência à fratura muito altos após a cimentação adesiva, podendo se tornar tão resistentes quanto o próprio esmalte dental, quanto à transferência de tensões (ALENCAR *et al.*, 2014). A restauração e o dente atuam quase como um corpo único, em que a dissipação de forças é melhorada e a propagação de trincas é minimizada, com comportamento mecânico muito semelhante à junção amelodentinária do dente natural (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013). Assim, em preparos muito conservadores e restritos ao esmalte, muitas vezes não é necessária a etapa de temporização.

Como desvantagens, pode-se citar, principalmente, a possibilidade de sensibilidade dentinária em preparos de maior extensão (por exemplo, em dentes mal posicionados ou com grande alteração de cor), a irreversibilidade dos preparos

e a dificuldade de reparo em casos de fraturas (AQUINO *et al.*, 2009). Além disso, a grande complexidade técnica tanto da etapa clínica quanto da etapa laboratorial pode ser uma desvantagem importante se o clínico não conhecer a fundo os materiais e procedimentos, ou se não houver uma excelente comunicação entre ele e o ceramista.

Como limitações do tratamento, podemos citar: impossibilidade de preservar o esmalte, especialmente nas margens do preparo; oclusão inadequada; parafunções; atividade de cárie e higiene precária (BARATIERI *et al.*, 2008); ou ainda dentes com múltiplas restaurações ou pouca estrutura remanescente, inferior à metade da superfície dental (KINA *et al.*, 2007). Além dos aspectos clínicos, o alto custo do procedimento pode limitar o tratamento.

Dentre os sistemas cerâmicos disponíveis atualmente, os mais indicados para a realização de restaurações anteriores são os ácido-sensíveis (cerâmicas feldspáticas reforçadas por leucita e dissilicato de lítio, principalmente). Isso, porque os preparos dentais não possuem retentividade, o que requer a união adesiva entre a restauração e o substrato. A adesividade, nesse caso, é promovida pelo embricamento micromecânico da superfície condicionada quimicamente (por ácido fluorídrico 5 ou 10% e silano), e o adesivo, o cimento resinoso e o substrato dental (CONCEIÇÃO *et al.*, 2007).

Além disso, esses sistemas, comparados à cerâmica feldspática convencional, possuem adição de cristais que promovem um reforço na estrutura e bloqueiam a propagação de trincas dentro da própria cerâmica, o que lhes confere maior resistência mecânica (CONCEIÇÃO *et al.*, 2005).

Em uma oclusão equilibrada, destaca-se a importância da posição dos dentes anteriores, que desempenha um papel importante não somente na estética, mas também na fonação, mastigação e nas relações mandibulares (FITZGERALD, 1996). A guia anterior é essencial para o equilíbrio da dentição natural e, durante o movimento de atrição, ela pode ser perdida.

Como em qualquer tratamento restaurador, a indicação de laminados cerâmicos deve estar inserida em um planejamento e em uma atuação que contemplem a manutenção da saúde bucal do indivíduo (CONCEIÇÃO *et al.*, 2005), tendo como bases principais: uma análise estética cuidadosa do caso; a constatação da real necessidade do procedimento; e o uso de técnicas que objetivem a preservação de tecido dental sadio.

2 OBJETIVO

Com base no exposto, o objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso clínico em que se buscou reabilitar a estética e a guia anterior de uma paciente, utilizando laminados cerâmicos e lentes de contato dentais, como alternativa na impossibilidade da realização de ortodontia.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente C. L. G., sexo feminino, 47 anos, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), no curso de especialização em Dentística, relatando insatisfação com o sorriso. A paciente identificava como “desconfortável” a sensibilidade causada pelo desgaste dos dentes anteriores inferiores, mas também apontava a região anterossuperior como “esteticamente prejudicada” (Figuras 1 e 2).

Durante a anamnese, a paciente relatou estar em tratamento odontológico, tendo realizado clareamento e implantes na região posterior. No exame clínico foi identificada a necessidade prévia de ortodontia, devido à extensa sobremordida e mordida aberta anterior com interposição de língua. Foi proposto à paciente a realização de documentação ortodôntica completa (figura 3) e avaliação com ortodontista para melhor definição do planejamento do caso.

Em uma segunda consulta, ao retornar da avaliação proposta, foi constatada a impossibilidade de realizar tratamento ortodôntico devido à presença dos implantes na região dos elementos 36, 37 e 46 (figura 4). Então, foram realizadas fotos iniciais de rosto e do sorriso estudados os modelos de gesso já obtidos no serviço de radiologia. A paciente apresentava bordos incisais desgastados, compatíveis com atividade de bruxismo, sem a presença das ameias incisais. Além disso, a linha do sorriso era média e o contorno gengival, inadequado. Os dentes 11 e 21 tinham coroa clínica curta e proporção altura X largura incorreta, se comparados aos dentes 12 e 22.

Foi proposto à paciente o seguinte plano de tratamento: cirurgia periodontal superior e inferior para determinação do contorno gengival, e confecção de laminados cerâmicos nos elementos 33 a 43, 12, 11 e 21 e coroa no elemento 22. Ao final, seria realizada uma placa miorrelaxante. O sistema eleito seria o IPS e.MAX Press (Ivoclar Vivadent AG). O objetivo principal do tratamento foi reestabelecer a guia anterior de oclusão e harmonizar a estética dos dentes em grupo, com mínimo desgaste dental.

Para a determinação da proporção final dos dentes e obtenção de previsibilidade no tratamento, foi realizado um ensaio estético intraoral (*mock up*), que permitiu à paciente visualizar o resultado final antes da realização de qualquer desgaste. Para este, os modelos de gesso foram enviados ao laboratório para a

realização do enceramento diagnóstico, que foi realizado com base nas fotografias e observações clínicas (figuras 5 e 6).

Sobre os modelos encerados foram confeccionadas guias com silicona de adição pesada e leve (Express XT, 3M ESPE), e estas foram preenchidas por uma resina bisacrílica cor A1 (Structur 3 SC, VOCO GmbH) e levadas em boca sobre os dentes hígidos, removendo-se os excessos e aguardando em posição até a sua completa polimerização. Após a remoção das guias, foi avaliado o novo contorno gengival, formato e posição dos dentes propostos pelo enceramento diagnóstico. Observou-se a mudança estética, bem como na fonação e oclusão, e realizou-se a verificação dos contatos oclusais, com papel articular, em máxima intercuspidação habitual (MIH), movimentos de protrusão, lateralidade esquerda e direita, realizando os ajustes necessários.

Após a aprovação da paciente, iniciou-se o tratamento pela realização das plastias gengivais em dois momentos distintos: superior (figura 7) e inferior, ambas com remoção de tecido gengival e ósseo. Para estas, utilizou-se o próprio mock up como guia cirúrgica, aumentando a precisão do resultado. A incisão sobre o tecido gengival foi feita com lâmina de bisturi 15c, em movimento único, apoiada verticalmente em tecido ósseo e horizontalmente sobre a resina bisacrílica.

Passados 60 dias da execução de cada uma das cirurgias periodontais, e após rigoroso acompanhamento pós-operatório, iniciou-se a confecção dos preparos dentais. Para orientar a sua confecção, foi realizada uma guia de preparos, feita moldando-se o enceramento com silicone de adição e recortando-se, perpendicularmente ao centro da face vestibular de cada dente com lâmina de bisturi número 12.

Inicialmente, a paciente foi anestesiada e foram inseridos fios retratores #000 (Ultrapak, Ultradent) no sulco gengival de cada dente a ser preparado. Em uma primeira consulta, foram realizados preparos minimamente invasivos nos dentes 33 a 43 (figura 8). Os pontos de contato foram rompidos com tira de lixa de aço (Adaco) e discos de lixa Soflex Pop On, de granulação vermelha (3M ESPE). A redução vestibular e incisal, bem como a definição do término do preparo foram feitas sempre com base na guia, utilizando a ponta diamantada nº 2135 (KG Sorensen). Para facilitar a higiene, e também devido à coloração bastante favorável do substrato, o término do preparo foi mantido supragengival. O acabamento e polimento foram realizados com as pontas diamantadas 2135F, 2135FF (KG

Sorensen), discos de lixa de granulação laranja (Soflex) e broca multilaminada H375R (Komet), utilizando-se um contra-ângulo multiplicador de forças 5:1 (NSK). As espessuras de desgaste foram conferidas através das guias de silicone, de forma a fornecer espaços adequados para as lentes de cerâmica.

Na mesma consulta, foi realizada moldagem com silicone de adição, em dois tempos, pela técnica do fio único. Inseriu-se novamente o fio #000 (Ultrapak) embebido em uma solução hemostática à base de cloreto de alumínio - Viscostat Clear (Ultradent), selecionado pela sondagem do sulco gengival e utilizando-se uma espátula para inserção de fio retrator 171 (Ultradent). Quantidades iguais da pasta pesada (3D – Angelus) foram proporcionadas e manipuladas segundo recomendação do fabricante, e esta foi acomodada em moldeira de estoque e levada em boca, em posição, até a sua completa polimerização. Após removida, foi feito um alívio na moldagem através de remoção de material com lâmina de bisturi, e, neste, foi inserida a silicona de adição leve (Flexitime, Heraeus Kulzer). Também foi inserida no preparo, ao longo de todos os términos, e, então, o conjunto retornou à boca por mais 5 minutos, obtendo-se o molde final (figura 9).

Imediatamente após a moldagem, foi realizada tomada de cor e o registro com fotografias (Figura 10), não somente da cor do remanescente (B2), como também, da cor final desejada (B1), para melhor comunicação com o ceramista (figura 10).

A temporização foi confeccionada com resina bisacrílica A1 (VOCO), utilizando-se a mesma técnica de guia confeccionada para o mock up (figura 11), sem utilizar nenhum agente cimentante. Os excessos foram removidos após a presa e a paciente foi orientada quanto ao controle do biofilme na região.

As peças em e.MAX de 33 a 43 foram cimentadas. O cimento utilizado foi o AllCem Veneer (FGM) na cor Trans, que não promove alteração na cor final das peças. O processo será descrito adiante (figuras 12 e 13).

O preparo dos dentes superiores foi feito em um segundo momento. Inicialmente, removeu-se a coroa do elemento 22 com ponta diamantada 4138 (KG Sorensen), em alta rotação sob refrigeração constante, fazendo uma canaleta vertical no centro da face vestibular, até o rompimento total da cerâmica, expondo o núcleo metálico abaixo. Optou-se por não tentar a remoção do núcleo, devido à raiz ser muito fina e estar fragilizada. Além disso, ele estava bem adaptado e com mais de 2mm de férula remanescente, não havendo possibilidade de afetar a coloração

da raiz abaixo da prótese. Foi realizada anestesia local, e inseriu-se, então, fios retratores #000 (Ultrapak) nos dentes 12 a 22. Realizou-se o reparo e polimento final do núcleo metálico do elemento 22 com broca H375R.

Nos dentes 12, 11 e 21, devido ao overjet já existente, buscando o mínimo ganho possível de volume vestibular de cerâmica, foi realizado preparo convencional para laminados cerâmicos. Utilizou-se guia de preparo no mesmo formato da realizada para os dentes inferiores.

Inicialmente, realizou-se um desgaste de orientação em formato de U, na face vestibular, com 1/2 ponta ativa da ponta diamantada 1014 (KG Sorensen). Após, fez-se canaletas verticais na face vestibular com a ponta 4138, e em seguida a sua total redução com base nas guias de silicona. O rompimento dos pontos de contato foi feito com a ponta 2200 (KG Sorensen), seguida da ponta 2135, e 4138 para definição do término e desgaste proximal. O acabamento foi realizado com as pontas 4138F, 4138FF (KG Sorensen), com a broca H375R e discos Soflex laranja para finalização incisal.

Com os preparos finalizados (figura 14), realizou-se a moldagem, tomada de cor e temporização (figura 15) seguindo os mesmos procedimentos realizados na arcada inferior. Como complemento, utilizou-se uma camada fina de corante opaco (OPAK B0.5, Angelus) previamente ao provisório para disfarçar a presença do núcleo metálico no elemento 22. Moldou-se, com alginato (Jeltrate, Dentsply), o antagonista com os laminados inferiores já cimentados.

Os modelos e fotografias foram, então, enviados para a fase laboratorial. Com as peças prontas, a paciente retornou para a sessão de prova clínica, que consistiu em verificar a adaptação das peças, primeiro nos modelos (figura 16), e depois assentadas sobre os preparos, bem como checar os pontos de contato proximais, contorno, forma, textura, aspectos de cor e aprovação da paciente (figura 17). As peças então retornaram ao laboratório para ajustes finais.

Na sessão de cimentação, a paciente foi anestesiada, o provisório foi removido e foi realizada profilaxia nos preparos com taças de borracha. O sistema de cimentação eleito foi o AllCem Veneer (FGM), devido à pouca espessura das peças (<2mm), que permitiam a passagem de luz e, portanto, fotopolimerização do cimento resinoso. Foram, então, utilizadas pastas de glicerina (*try in*), para a seleção da cor de cimento mais adequada (figura 18). A cor escolhida foi A1.

A cimentação foi realizada sob isolamento relativo combinado, e seguiu os princípios básicos da cimentação adesiva. O afastador labial utilizado foi o Optragate (Ivoclar Vivadent).

O preparo de cada peça foi feito condicionando-se a superfície com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana – FGM) por 20s, seguido de lavagem abundante e secagem com jato de ar. Então, aplicou-se um agente de união (silano – Prosil – FGM) por 1min, secou-se a superfície da peça e aplicou-se um adesivo hidrofóbico (ScotchBond MultiPurpose – 3M ESPE), que foi fotoativado por 20s (figura 19).

O substrato dental foi preparado isoladamente para cada elemento, condicionando-se a superfície já limpa com ácido fosfórico 37% (Condac37 – FGM) por 15s, seguido de lavagem abundante pelo mesmo tempo de aplicação e secagem delicada com papel absorvente. Foi realizada aplicação de primer com microbrush por 20s, evaporação do solvente com jato de ar a 20cm de distância e aplicação de adesivo (sistema ScotchBondMultiPurpose – 3M ESPE), que foi fotoativado por 20s (figura 20).

Após, conferiu-se novamente a adaptação de cada peça e realizou-se a aplicação do cimento selecionado na peça, que foi levada em posição (figura 21). Removeu-se os excessos com auxílio de pincel nas superfícies livres e fio dental nas superfícies proximais. A polimerização foi feita por 40s em cada face de todos os dentes, com aparelho fotopolimerizador Optilight Max (Gnatus).

Finalizada esta etapa, os fios retratores foram removidos e acabamento foi feito com lâmina de bisturi nº12, para retirada dos excessos, e foi realizado ajuste oclusal cuidadoso com papel articular (Accufilm II – Parkell). Imediatamente após a cimentação, observa-se o aspecto final do sorriso da paciente (figura 22).

Para o tratamento do bruxismo e a proteção das peças em cerâmica, o próximo passo será a confecção das coroas sobre implante, reestabelecendo a oclusão posterior, e de uma placa oclusal miorreaxante.

4 DISCUSSÃO

A utilização de laminados cerâmicos para a reabilitação estética e funcional de dentes anteriores vem se disseminando na Odontologia. O aprimoramento dos materiais e técnicas possibilitou a utilização de preparos minimamente invasivos para restaurações cerâmicas, com menor desgaste dentário, e como importante alternativa para as resinas compostas (D'ARCANGELO *et al.*, 2012; DELLA BONA; KELLY, 2008). Esse procedimento apresenta taxas de sucesso altas e desempenho clínico que se mantém estável, mesmo após longos períodos de acompanhamento. O índice de sucesso está relacionado normalmente a dentes com preparo conservador, margens em esmalte ausência de restaurações no preparo (GUREL *et al.*, 2013; GRESNIGT; KALK; ÖZCAN, 2013).

Para obter resultados com maior previsibilidade, é imprescindível que o profissional conheça detalhadamente as técnicas e princípios de adesão, escolha corretamente o sistema cerâmico e faça uma excelente seleção do caso, precedida por anamnese e exame clínico minuciosos. Além disso, melhores resultados estéticos são obtidos sempre que há um envolvimento de um número maior de dentes, e quando há alteração de cor do substrato entre eles, o profissional deve apresentar fotografias como meio de comunicação com o ceramista, otimizando o resultado final (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013).

Dentre as limitações do tratamento, destaca-se o bruxismo, que se caracteriza pelo ranger ou apertar dos dentes como atividade involuntária parafuncional. Apesar disso, pacientes com essa característica são os que mais apresentam necessidade de reabilitação, devido ao desgaste dentário que deriva do movimento de atrição, e que pode gerar desconforto estético ou mesmo sensibilidade, como no caso da paciente tratada neste estudo. Assim, existe a necessidade de tratamento, desde que realizada de maneira interdisciplinar, com a realização de placas de mordida para que haja o alívio dos sintomas (FITZGERALD, 1996). Além disso, elas também farão a proteção das peças em cerâmica.

A seleção do sistema cerâmico, nesse caso, também deve ser específica. O dissilicato de lítio, denominado IPS e.MAX (Ivoclar Vivadent), é passível de cimentação adesiva, apresenta excelente resistência flexural (400 Mpa) e resistência à fratura, especialmente quando suportado pela cimentação, e apresenta propriedades físicas e ópticas superiores, permitindo a obtenção de um

alto grau de estética, necessário na região anterior. Além disso, permite escolher o nível de opacidade para otimizar o resultado em diferentes substratos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013), como os dente híidos e o núcleo metálico deste estudo.

Em casos de bruxismo também é importante promover a desoclusão posterior através da reabilitação da guia anterior. Ela reduz o estresse oclusal comum nas parafunções, e tem um papel chave na preservação de restaurações do ponto de vista clínico. Em outras palavras, a posição correta dos dentes anteriores é essencial para o equilíbrio oclusal. Ela também tem papel fundamental na estética, suporte labial, fonética, mastigação e deglutição (CONCEIÇÃO *et al.*, 2013; FITZGERALD, 1996; SILVA *et al.*, 1999).

No caso em questão, a impossibilidade de ortodontia devido ao posicionamento dos implantes posteriores foi decisivo. Preconiza-se, sempre que possível, o tratamento ortodôntico prévio, pois ele possibilita desgastes ainda menores e a conservação da estrutura dental. Em um planejamento ideal, a reabilitação da guia de lateralidade e aumento de dimensão vertical de oclusão também deveriam ser realizados. Isto, no entanto, foi limitado pela condição socioeconômica da paciente e impossibilidade de aderir ao tratamento completo. Sendo assim, buscou-se reabilitar, através do uso de laminados cerâmicos, a guia anterior de oclusão, promovendo uma melhora não só na condição de desgaste severo dos dentes inferiores, mas também, ganho de volume vestibular e melhora na fonética, deglutição, e equilíbrio oclusal como um todo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de laminados cerâmicos é uma alternativa eficaz e segura para a reabilitação estética e funcional dos dentes anteriores. No presente caso clínico, reestabeleceu-se a guia anterior dos dentes de maneira conservadora mesmo na impossibilidade de ortodontia prévia.

A evolução das cerâmicas e da cimentação adesiva possibilitou a realização de preparos mínimos com maior preservação da estrutura dental. O adequado planejamento do caso e o domínio da técnica utilizada são essenciais para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. S. *et al.*, Reestablishment of esthetics with minimum thickness veneers: a one-year follow-up case report. **Quintessence Int.**, Berlim, v. 45, n. 7, p. 593-597, Jul - Ago, 2014.

AQUINO, A. P. T. *et al.*, Facetas de porcelana: solução estética e funcional. *Clín. Int. J. Braz. Dent.*, Florianópolis, v.5, n.2, p. 142-152, Abr – Jun, 2009.

AMIROUCHE-KORICHI, A.; MOUZALI, M.; WATTS, D. C. Effects of monomer ratios and highly radiopaque fillers on degree of conversion and shrinkage strain of dental resin composites. **Dent. Mater.**, Oxford, v. 25, no. 11, p. 1411-1418, Nov. 2009.

ANUSAVICE, K. J. Cimentos dentários. In: **Phillips Materiais Dentários**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, cap. 14, p. 307-340, 2005.

BARATIERI, L.N.; GUIMARÃES, J. Laminados cerâmicos. In: BARATIERI, L. N.; MONTEIRO, S. M.; et al. *Soluções clínicas: fundamentos e técnicas*. Santa Catarina: Ponto; p.314-375, 2008.

BUONOCORE, M. G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 34, no. 6, p. 849-853, Dec. 1955.

CALAMIA, J. R; CALAMIA, C. S. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. **Dent. Clin. North. Am.**, v. 51, p. 399-417, 2007.

CASH, T. F.; WINSTEAD, B. A.; JANDA, L. H. The great American shape up. *Psychol Today*, Nova York, v. 4, p. 30-37, 1986.

CONCEIÇÃO, E. N. *et al.*, Aplicações clínicas dos sistemas cerâmicos em dentes anteriores. In: *Restaurações Estéticas: Compósitos, Cerâmicas e Implantes*. Porto Alegre: Artmed, p. 251-283, 2005.

CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Laminados Cerâmicos. In: **Dentística: Saúde e Estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 478- 501, 2007.

CONCEIÇÃO, E. N. *et al.*, Laminados, “lentes de contato” e coroas de porcelana: integrando biomecânica e estética. In: **Visão Horizontal: odontologia estética para todos**. Maringá: Dental Press, p. 294-416, 2013.

D'ARCANGELO, C. *et al.*, Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: results up to 7 years. **Clin. Oral Invest.**, Berlim, v. 16, n. 4, p. 1071-1079, Ago, 2012.

DELLA BONA, A.; KELLY, R. The Clinical Success Of All Ceramic Restorations. **J. Am. Dent. Assoc.**, v 139; p. 14-18, Set, 2008.

DE MUNCK, J. *et al.*, A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 84, n. 2, p. 118-132, Fev, 2005.

FERRACANE, J. L. Hygroscopic and hydrolytic effects in dental polymer networks. **Dent. Mater.**, Oxford, v. 22, no. 3, p. 211-222, Aug. 2006.

FITZGERALD, L. J. Restoring anterior guidance by use composite resin. **Cranio.**, v. 14, n. 3, p. 182-185, Jul, 1996.

FUSAYAMA, T., et al. Non-pressure adhesion of a new adhesive restorative resin. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 58, no. 4, p.1364-1370, Apr. 1979.

GRESNIGT, 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.**, Berlim, v. 17, n. 3, p. 823-832, Abr, 2013.

GUREL, G. *et al.*, Influence of enamel preservation on failure rates of porcelain laminate veneers. **Int. J. Periodont. Rest.**, v. 33, n. 1, p. 31-39, Nov-Dez, 2013.

KINA, S. Cerâmicas dentárias. **Revista Dental Press Estética**, Maringá, v.2, n.2, p. 112-128, abr/jun, 2005.

KINA, S.; BRUGERA, A.; CARMO, V. H. Laminados Cerâmicos. IN: KINA, S.; BRUGUERA, A. Invisível: restaurações estéticas cerâmicas. Maringá: **Dental Press**, 2007. cap. 8, p. 322-407.

MALACARNE, J. et al. Water sorption/solubility of dental adhesive resins. **Dent. Mater.**, Oxford, v. 22, no. 10, p. 973-980, Oct. 2006.

RADZ, G. M. Minimum Thickness Anterior Porcelain Restorations. **Dent. Clin. North Am.**, Filadélfia, v. 55, n. 2, p. 353-370, Abr., 2011.

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

SKOVGAARD, M. et al. Shrinkage reduction of dental composites by addition of expandable zirconia filler. **J. Compos. Mater.**, Thousand Oaks, v. 45, no. 26, p. 2817-2822, June. 2001.

TEO, C.R.P.A. Discurso e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. **Saúde Soc.**, v.19, n.2, p.333-34

ANEXO

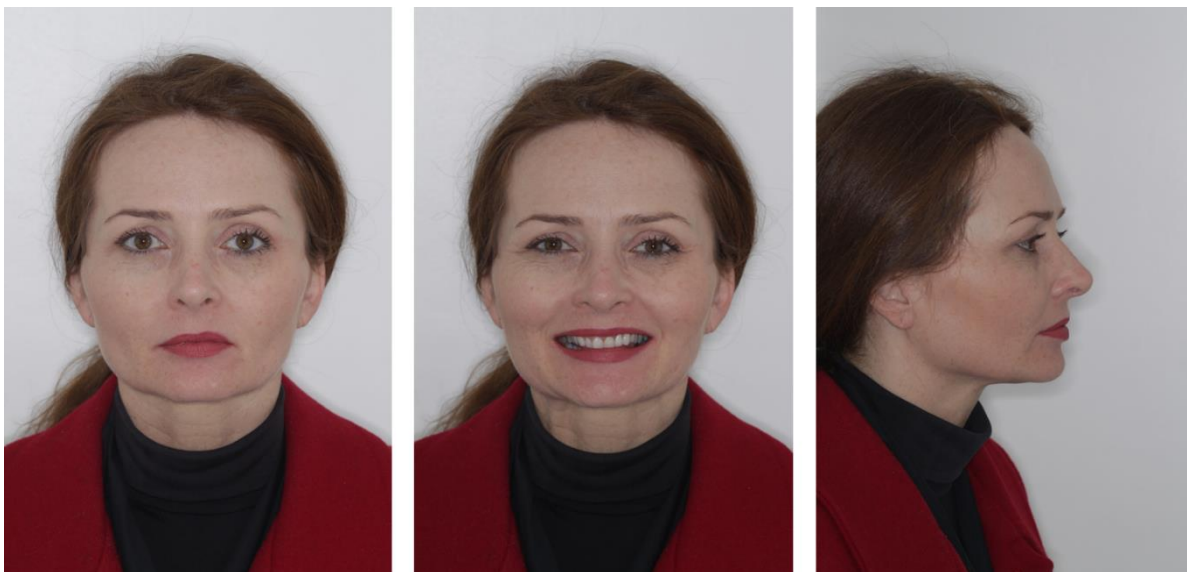


Figura 1a, b, c. Fotografias iniciais do rosto da paciente. Observa-se assimetria facial, provavelmente causada por hipertrofia do masseter. Ao sorrir, a paciente interpõe a língua na região anterior (característica de mordida aberta).



Figura 2a, b. Aspecto inicial do sorriso da paciente. Observar ausência de ameias incisais, causada pelo desgaste em linha reta do bordo incisal.



Figura 3a, b, c. Imagens intraorais do sorriso da paciente. Nas vistas laterais, percebe-se o acentuado overjet. Ausência dos dentes posteriores nas regiões que receberam implante dentário.



Figura 4. Panorâmica inicial da paciente. Observa-se coroa cerâmica no elemento 12 e implantes na região dos elementos 36, 37 e 46.

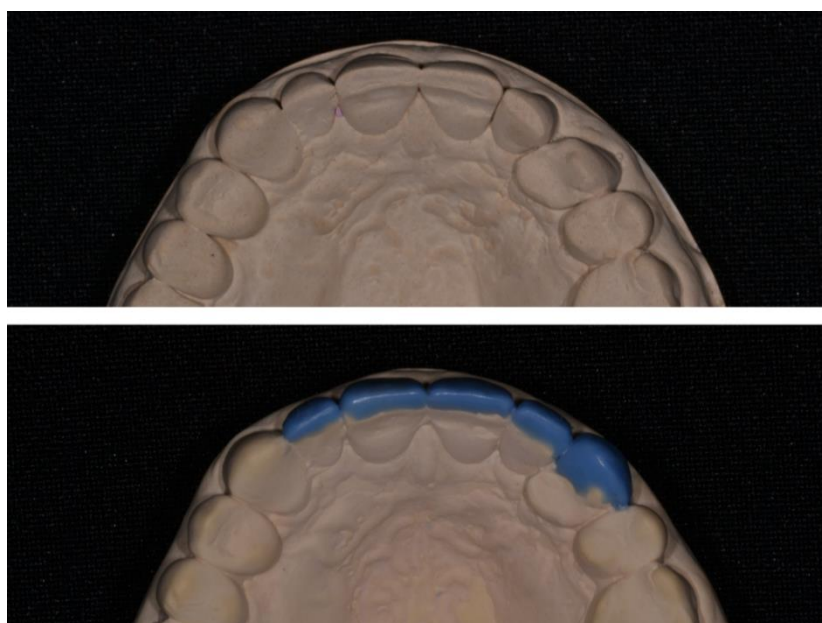


Figura 5a, b. Modelo de estudo inicial e após o enceramento diagnóstico, objetivando pouco ganho de volume vestibular na arcada superior.



Figura 6. Vista frontal do enceramento diagnóstico realizado sobre o modelo de estudo obtido da paciente. No elemento 23 posteriormente não foi realizado laminado.



Figura 7a, b, c. Imagens da cirurgia periodontal. Observa-se a incisão no formato do mock up, o tecido descolado para remoção óssea e reestabelecimento do espaço biológico, e a visão imediata do novo contorno gengival.



Figura 8. Fotografia final dos preparos minimamente invasivos realizados nos elementos 33 a 43. Observa-se, também, o resultado da cirurgia periodontal realizada, com pequena exposição da área de raízes.



Figura 9. Fotografia da moldagem inferior realizada com silicone de adição em duas etapas. Observa-se a reprodução fiel dos términos dos preparos feita pela silicone leve.



Figura 10. Tomada de cor dos dentes inferiores, em uma fotografia ao lado da cor correspondente na escala VITA Classical (Wilcos). Este é um instrumento muito importante na comunicação do cirurgião-dentista com o ceramista responsável pela confecção das peças em cerâmica.



Figura 11. Fotografia do mock up como provisório, feito com resina bisacrílica em guia recortada. A fotografia foi tirada antes da remoção completa dos excessos.



Figura 12. Fotografia das lentes de contato em e.MAX sobre o modelo de gesso. Observa-se que as lâminas deixam transparecer a cor do substrato sobre o qual estão posicionadas (nesse caso, o gesso).



Figura 13. Fotografia final da arcada inferior cimentada.



Figura 14. Aspecto final dos preparos superiores. Fotografia prévia à moldagem, com fio retrator #000 inserido nos sulcos gengivais. Preparos convencionais de laminados nos elementos 12, 11 e 21, e coroa total no elemento 22.



Figura 15. Sorriso com o mock up superior como provisório, realizado com resina bisacrílica. Imagem feita após o acabamento. Para ocultar o núcleo metálico, utilizou-se corante opacificador.



Figura 16. Avaliação da estética e adaptação das peças em cerâmica, assentadas sobre o modelo.



Figura 17. Prova seca dos laminados em boca. Observa-se desadaptação do elemento 12 (cervical), e elemento 22 mais curto. Além disso, percebeu-se falta de cromatização na região cervical de todos os elementos. As peças retornaram ao laboratório para ajustes.



Figura 18. Prova das peças em boca com o *Try in* (Cor A1), para seleção de cor.

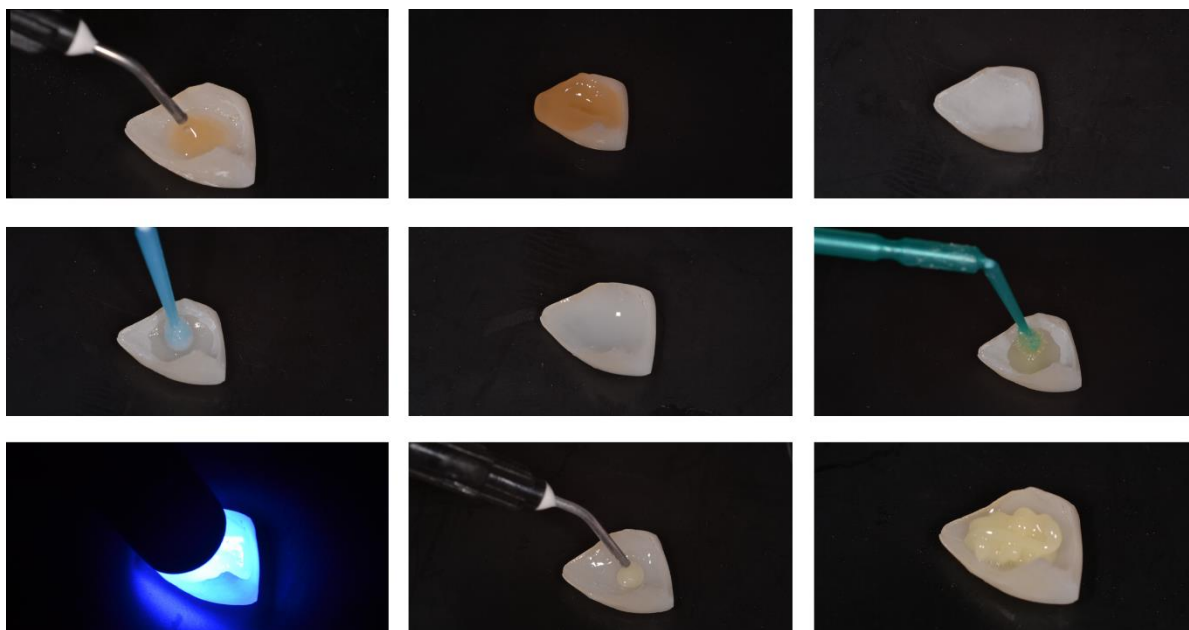


Figura 19. Passo-a-passo do preparo da peça cerâmica para cimentação. 18a-b. Inserção de ácido fluorídrico no centro da peça (duração 20s). 18c. Aspecto da peça após a lavagem do ácido e secagem com jato de ar. 18d-e. Aplicação de silano no centro da peça (duração 1 minuto), seguido de secagem. 18f. Aplicação de adesivo com microbrush. 18g. Fotoativação por 20s. 18h-i. Aplicação do cimento resinoso na cor escolhida no centro da peça, em quantidade suficiente. Peça pronta para ser levada em boca.

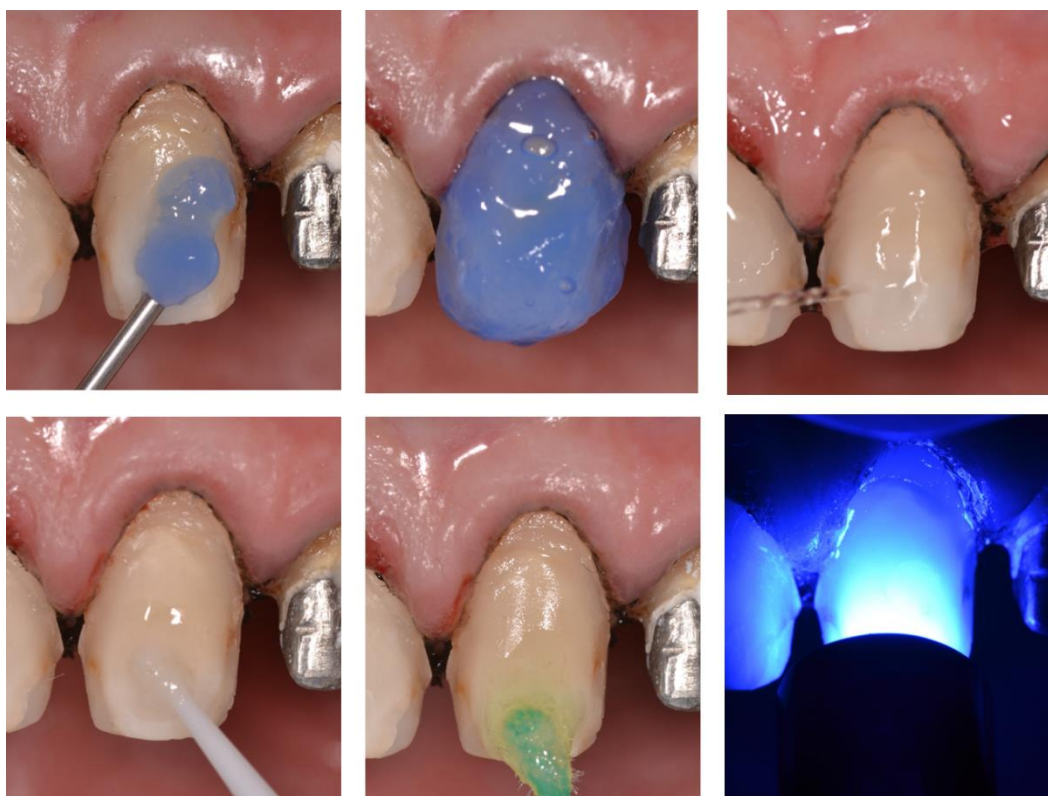


Figura 20. Preparo do substrato dental. 19a-b. Aplicação de ácido fosfórico por 15s. 19c. Lavagem por 15s. 19d. Aplicação ativa de primer por 20s. 19e. Aplicação do adesivo. 19f. Fotoativação por 20s.



Figura 21. Laminado levado em posição com cimento resinoso fotopolimerizável, antes da remoção de excessos, durante a etapa da cimentação.



Figura 22. Fotografia final da arcada superior cimentada.