

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

**REANATOMIZAÇÃO DE DENTES ANTERIORES COM LAMINADOS
CERÂMICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Bárbara Borges Veleda

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

Orientador: Prof. Rafael Melara

**Porto Alegre
2011**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus **pais** que me deram a oportunidade de concluir este curso de especialização. A minha **irmã** pelo amor de sempre. A minha amiga **Juliana Spanemberg** pela morada durante os módulos do curso. Aos meus **colegas** de curso que faziam com que cada vinda fosse sempre uma alegria. A **Ana Luíza** e ao **Giovani** pela disponibilidade de sempre. E aos **professores** do curso por todo conhecimento que dividiram conosco.

RESUMO

Verifica-se atualmente uma grande valorização dos procedimentos médicos e odontológicos relacionados à estética. Dessa forma, os sistemas cerâmicos dentais e as técnicas adesivas têm evoluído cada vez mais, propiciando ao clínico o desenvolvimento de restaurações com alto grau de satisfação e excelência estética. Os laminados cerâmicos, por sua vez, são uma ótima alternativa para reanatomização de dentes anteriores. A confecção deste tipo de procedimento restaurador indireto, a partir de um correto diagnóstico e adequada indicação, exige a elaboração de um minucioso planejamento, que compreende várias etapas. Entre estas etapas estão: o preparo do elemento dental, uma correta moldagem, escolha de cor, seleção do sistema cerâmico, avaliação da peça antes da cimentação e escolha do cimento.

Assim, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico, onde foram confeccionados quatro laminados de porcelana reanatomizando os elementos dentais superiores anteriores.

Palavras-chave: laminados cerâmicos, odontologia estética, restaurações indiretas.

ABSTRACT

There is currently a great appreciation of procedures related to medical and dental aesthetics. Thus, the dental ceramic systems and adhesive techniques have evolved more and more, providing to the clinician the development of restorations with a high degree of satisfaction and aesthetic excellence. The ceramic veneers are a great alternative to restoration of anterior teeth. The construction of this type of indirect restorative procedure, with a correct diagnosis and appropriate indication, requires the preparation of a detailed planning, which includes several steps. These stages are: preparation of the dental element, a correct impression, color choice, selection of the ceramic system, evaluation of the veneer before cementation and choice of cement.

The objective of this study is to report a clinical case, where four ceramic veneers were made in maxillary anterior teeth.

Keywords: ceramic veneer, esthetic dentistry, indirect restorations.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVO.....	8
3. RELATO DE CASO.....	9
4. DISCUSSÃO.....	23
5. CONCLUSÃO.....	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A busca constante por procedimentos que satisfaçam as exigências atuais, fazem com que o profissional de odontologia esteja cada vez mais empenhado em aprimorar sua técnica e seu conhecimento com a finalidade de conseguir um sorriso harmonioso. Atualmente, com o desenvolvimento dos materiais odontológicos, o cirurgião-dentista possui várias modalidades de tratamento para restaurações da dentição anterior, que vão desde as resinas compostas até as cerâmicas (MAZZARO; ZAVANELLI, 2010). Um dos procedimentos restauradores mais utilizados para restaurações anteriores são as facetas, sejam elas diretas ou indiretas. A indicação destes procedimentos, depende principalmente do profissional, que deve avaliar a situação clínica, e com base em conhecimentos científicos, definir o tratamento que julgar o mais correto para determinado caso (HIRATA; CARNIEL, 1999)

Os procedimentos de facetamento direto apresentam algumas vantagens como, por exemplo, sua confecção depender apenas do profissional, ou seja, este tem controle direto da sua adaptação e forma, e além disso, o procedimento é reversível. Havendo alguma insatisfação quanto a cor ou outro aspecto, o procedimento poderá ser repetido, até que fique estética e funcionalmente satisfatório. Outra grande vantagem do procedimento direto é o baixo custo, quando comparado àqueles procedimentos que envolvem etapas laboratoriais (HIRATA; CARNIEL, 1999) Porém, segundo Ghilardi e Lopes (2009) o uso de resinas compostas para facetas diretas pode tornar-se um procedimento cansativo, não permitindo um controle adequado e simultâneo da forma, perfil de emergência, adaptação cervical e cor. Além disso, a adição de resinas compostas pode apresentar um efeito adverso na saúde periodontal marginal, que consiste em maior retenção de placa bacteriana e consequente inflamação periodontal, se não houver um adequado acabamento e polimento da região cervical.

Por outro lado, os laminados de porcelana podem superar esses problemas, desde que o preparo dental específico seja realizado e desde que o material seja capaz de restaurar a rigidez dental original, especialmente, quando a cerâmica apresenta espessura suficiente para reproduzir volume e comprimento coronais originais (GHILARDI; LOPES, 2009).

Sendo assim, os laminados cerâmicos são uma ótima indicação para restaurações anteriores destacando-se por exigirem um menor desgaste, requerendo apenas uma leve redução do esmalte vestibular ou em muitos casos nenhum desgaste, preservando uma maior quantidade de estrutura dental sadia, contribuindo para a saúde pulpar e periodontal (BENETTI, 2003). Ainda, as facetas indiretas apresentam muitas outras vantagens como a biocompatibilidade, estabilidade de cor e propriedades ópticas, possibilitando o reestabelecimento dentário com características biomecânicas semelhantes às do dente natural (AQUINO, 2009).

Porém, assim como todos os tipos de materiais, as facetas indiretas também apresentam algumas limitações, como a irreversibilidade dos preparos, a possível sensibilidade dentinária, dificuldade de reparo em caso de fratura, custo biológico e muitas vezes custo excessivo para o paciente, além da necessidade de etapas laboratoriais (AQUINO, 2009), necessidade de moldagem e restaurações provisórias, possibilidade de desgastar os antagonistas e necessidade de materiais específicos para sua cimentação (MONDELLI et al., 2003). Por isso, este tipo de procedimento restaurador deve ser cuidadosamente indicado e planejado, levando em consideração todo conhecimento técnico e científico do profissional, além das exigências do paciente.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico, no qual foram confeccionados quatro laminados de porcelana reanatomizando os elementos dentais superiores anteriores.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Clínica de Especialização em Dentística para tratamento restaurador dos incisivos centrais, que apresentavam restaurações diretas de resina composta deficientes. A paciente apresentava também agenesia de incisivos laterais, estando os caninos na posição dos mesmos (Figura 1).

Na primeira consulta, foram realizados anamnese, com questionamentos sobre saúde geral e história odontológica, exames clínicos (Índice de Sangramento Gengival e Índice de Placa Visível) e radiográficos detalhados, moldagem superior e inferior com alginato (Jeltrate Plus – Dentsply) para confecção de modelos de estudo e fotografias iniciais para que o planejamento do caso pudesse ser efetuado, atendendo todas as exigências estéticas da paciente.



Figura 1 – foto intra-oral inicial.

Após uma análise criteriosa e detalhada das radiografias, modelos de estudo e fotografias, foi elaborado um plano de tratamento tentando atender às expectativas da paciente. O planejamento determinou iniciar o tratamento pelo clareamento vital associado, ou seja, duas sessões de clareamento de consultório e a entrega de moldeiras e seringas de gel clareador para que a paciente realizasse o clareamento caseiro. Também foi planejada uma gengivectomia na região dos incisivos centrais para melhorar o contorno gengival da região, que apresentava-se mais “baixa” do que o contorno gengival na região dos caninos. Para finalizar, foram propostos à paciente tratamentos restauradores indiretos dos elementos dentais 11, 21, 13 e 23,

através da confecção de 4 laminados de porcelana, melhorando a estética dos incisivos centrais e transformando os caninos em incisivos laterais.

Na consulta seguinte, o planejamento foi exposto à paciente e após a concordância da mesma com o tratamento proposto, foi realizada a tomada de cor inicial (A3) com escala VITA (VITAPAN Classical). Iniciou-se, então, a primeira sessão de clareamento de consultório com gel à base de peróxido de hidrogênio 35% (Mixone Supreme – Villevie). A partir dos modelos de estudos previamente obtidos, foram confeccionadas as moldeiras para clareamento caseiro, que foram entregues à paciente juntamente com o gel à base de peróxido de carbamida 10% (Whiteness 10% - FGM). O clareamento caseiro foi feito durante as 3 semanas seguintes, até a próxima consulta, onde a cor final foi avaliada, chegando a B1, segundo a escala VITA.

Após o término do tratamento clareador, foi realizada a cirurgia periodontal, um colar gengival foi removido na região dos incisivos centrais. Esse procedimento foi executado para que o contorno gengival nessa região se tornasse semelhante ao contorno gengival existente nos caninos, de forma que quando transformados em laterais não apresentassem uma linha gengival mais “alta” que os incisivos centrais, desfavorecendo a estética. Recomendou-se o uso de digluconato de clorhexidina 0,12% (PerioGard – Colgate) com cotonete na região operada, e avaliação em 45 dias para o início dos preparos dentais (Figura 2 e 3).



Figura 2 – aspecto após a cirurgia periodontal.



Figura 3 – visão aproximada dos incisivos com novo contorno gengival.

Após adequada cicatrização do tecido gengival, foi realizada moldagem (superior e inferior) com alginato para obtenção da nova situação gengival e para o planejamento estético-funcional através do enceramento diagnóstico (Figura 4), que serviria de base para a confecção das guias de silicone. Os modelos foram enviados para o laboratório de prótese dentária e o enceramento feito pelo Técnico em Prótese Dentária (TPD) (Figura 5 e 6).



Figura 4 - modelo após nova condição gengival.



Figura 5 – enceramento diagnóstico.



Figura 6 – vista lateral do enceramento diagnóstico.

A partir deste enceramento, 3 guias de silicone de adição (Virtual – Ivoclar Vivadent) foram confeccionadas (Figura 7), uma para posterior confecção dos provisórios (Figura 8), e outras duas guias para auxiliar durante a confecção dos preparos dos elementos dentais (2 guias verticais e 1 guia horizontal) (Figura 9, 10, 11).

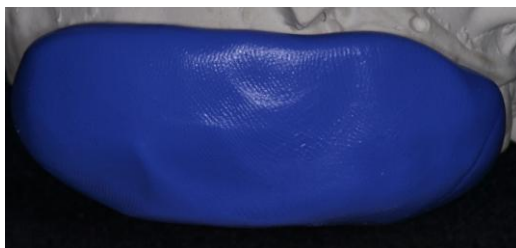


Figura 7 – confecção da guia de silicone a partir do modelo encerado.



Figura 8 – guia de silicone auxiliar na confecção dos provisórios.



Figuras 9, 10, 11 – guias auxiliares na confecção dos preparos.

Para o início da confecção dos preparos, a paciente foi anestesiada, e o desgaste iniciou-se pelo incisivo central direito (elemento dental 11). Inicialmente utilizou-se uma ponta diamantada esférica número 1012 (KG Sorensen) para confecção de uma canaleta na extensão de toda face vestibular do dente, a profundidade foi medida pela metade do diâmetro da broca. Logo foi utilizada uma ponta diamantada número 4138 (KG Sorensen) para confecção de sulcos de orientação na face vestibular, estes sulcos foram confeccionados em 2 diferentes inclinações, uma inclinação seguindo a orientação do terço cervical do dente e outra seguindo a orientação do terço médio, sendo que a profundidade destas canaletas também foram medidas pela metade do diâmetro da ponta diamantada. A união dos sulcos de orientação foi feita com a mesma ponta diamantada número 4138 (KG Sorensen). Os terços cervical e incisal tiveram a espessura de desgaste em torno de 1,0 mm, enquanto o terço médio teve essa medida em 1,5 mm (Figura 12).



Figura 12 – início preparos incisivos centrais.

A próxima etapa do preparo foram os rompimentos dos pontos de contato. Utilizou-se matrizes metálicas para proteção dos dentes vizinhos e uma ponta diamantada número 2135 (KG Sorensen). Primeiramente foram rompidos os pontos de contato mesiais e posteriormente os pontos de contato distais. Estes desgastes favorecem a etapa de moldagem e troquelamento do modelo de gesso. Novamente com a ponta diamantada número 4138 (KG Sorensen), foi feita a redução incisal, que foi de aproximadamente 1,5mm. Dando continuidade aos preparos, foram realizados os desgastes nos elementos 21, 13 e 23, nesta mesma sequência (Figuras 13 e 14).

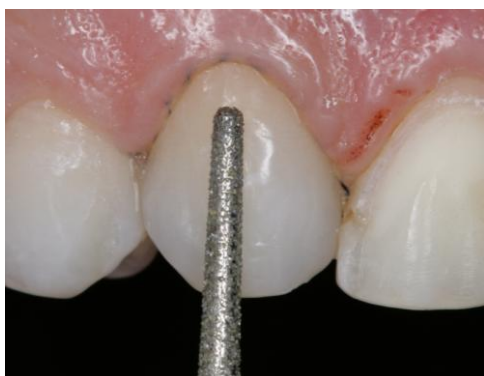


Figura 13 – preparo canino.



Figura 14 – preparo concluído.

Após a realização dos preparos, partiu-se para a etapa de acabamento e polimento dos mesmos, que foram realizados com ponta diamantada número 4138 FF (KG Sorensen) e discos flexíveis sof-lex (Soflex pop-on – 3M), com a finalidade de remover irregularidades e promover o alisamento dos preparos (Figura 15).



Figura 15 – preparos concluídos após acabamento e polimento.

Após, foi realizada a moldagem com silicona de adição (Virtual - Ivoclar Vivadent), com a técnica de moldagem simultânea, utilizando a técnica do duplo-fio, #000 e #00 (Proretract, FGM, Brasil) inseridos no sulco gengival. Após a remoção do fio mais superficial, foi injetada a pasta fluida (com auxílio de pistola) no interior do sulco gengival e, simultaneamente, a massa densa já na moldeira foi levada em posição. Moldou-se também o arco inferior com alginato, para obtenção do modelo antagonista.

Prontas as moldagens, o registro oclusal foi obtido para facilitar a montagem dos modelos em articulador. A seleção de cor foi feita em outra consulta com a participação do ceramista.

A próxima etapa foi a de temporização, a qual foi realizada com o auxílio da guia de silicóna previamente confeccionada. Obteve-se um provisório único com resina bisacrílica (Structure - VOCO) na cor A2. A resina foi inserida na guia com auxílio de pistola e a guia foi então posicionada sobre os preparos, e mantida em posição. Os excessos foram removidos com sonda exploradora, e a guia só foi removida dos preparos após a polimerização da resina bisacrílica. O provisório foi deslocado dos dentes e realizou-se um polimento com pontas de siliconadas (Enhance – Dentsply). (Figuras 16 e 17).



Figura 16 – visão aproximada dos provisórios.



Figura 17 – provisórios.

A moldagem foi enviada ao laboratório protético, onde os laminados foram confeccionados .

Na próxima sessão clínica foi realizada a prova dos laminados cerâmicos, que foram feitos com cerâmica à base de Dissilicato de Lítio IPS Empress II. Anteriormente a prova dos laminados, foi feita uma avaliação dos mesmos ainda sobre os modelos de gesso e fora dele, observando a possível presença de trincas, a forma, textura e adaptação (Figuras 18 e 19).



Figura 18 – laminados sobre o modelo de gesso.



Figura 19 – avaliação dos laminados.

Durante a prova em boca foi realizada a avaliação da cor, textura, forma, adaptação marginal e contatos interproximais, além da avaliação e aprovação pelo paciente. Foi utilizada pasta de prova (Variolink Try-in – Ivoclar Vivadent) para simular a cor do cimento resinoso a ser utilizado, nos valores 0 e +2. Após avaliação criteriosa, tanto do operador quanto da paciente, optou-se pela cimentação com cimento resinoso fotopolimerizável (Variolink veneer) no valor 0 (Figura 20 e 21).



Figura 20 – visão aproximada da prova dos laminados.



Figura 21 – laminados com pasta de prova.

A cimentação foi efetuada respeitando os seguintes passos: preparo das peças com jateamento de óxido de alumínio (Figura 22), os laminados tiveram suas superfícies internas e externas “separadas” por uma barreira gengival (Top Dam - FGM) (Figura 23), logo suas superfícies internas foram condicionadas com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana - FGM) por 20 segundos (Figura 24), seguido de lavagem e secagem (Figura 25), a aplicação do silano (Angelus) por 1 minuto (Figura 26) e secagem com jatos de ar (Figura 27), aplicação do adesivo (Adper Scotch Bond Multi Uso) (Figura 28 e 29) e fotopolimerizado por 20 segundos (Figuras 30).



Figura 22



Figura 23



Figura 24



Figura 25



Figura 26



Figura 27



Figura 28



Figura 29

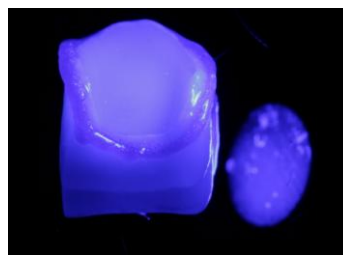


Figura 30

A próxima etapa consistiu nos preparos dos elementos dentais para recebimento dos laminados cerâmicos. Inicialmente, um fio retrator (Pro-retract – FGM) foi inserido no sulco gengival dos dentes preparados. Cada dente teve o dente vizinho protegido com fita veda rosca, para proteção nas etapas de condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo (Figura 31). Os preparos das superfícies dentárias iniciaram-se pelos incisivos centrais, sendo que o primeiro dente foi o elemento 11, em que a superfície foi condicionada com ácido fosfórico 37% (Condac 37 – FGM) por 15 segundos (Figuras 32 e 33), o ácido foi removido com lavagem abundante (Figura 34) e remoção do excesso de água com leves jatos de ar, aplicação do primer e secagem por 30 segundos, aplicação do adesivo (Adper Scotch Bond Multi Uso) (Figura 35 e 36), e fotopolimerização por 10 segundos. As fitas veda rosca dos elementos vizinhos (12 e 21) foram removidas para cimentação definitiva do laminado. Ao posicionar o laminado do elemento 11, foram removidos os excessos e houve a fotopolimerização por 60 segundos (Figura 37). Subsequentemente os elementos preparados 21, 13 e 23, passaram pelo mesmo processo de aplicação dos sistemas adesivos e cimentação definitiva dos laminados de porcelana.

Após o término das cimentações, foi removido o fio retrator do sulco gengival.



Figura 31 - dente pronto para receber o ácido fosfórico, dentes vizinhos isolados com veda rosca.

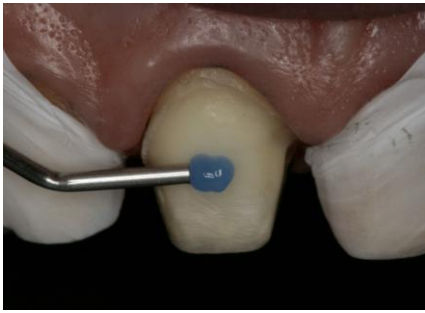


Figura 32 - Aplicação ácido fosfórico 37%.

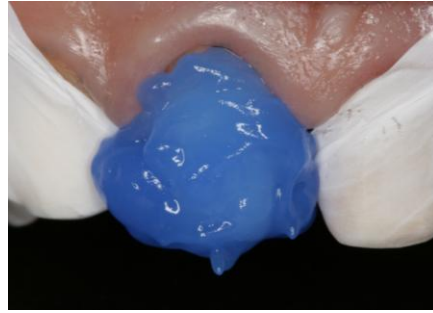


Figura 33 - ácido fosfórico 37%



Figura 34 - lavagem abundante para remoção do ácido.



Figura 35 - aplicação do adesivo.

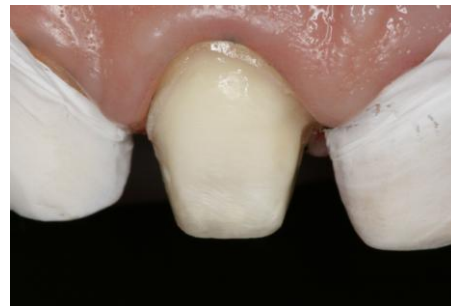


Figura 36 - Adesivo após polimerização.



Figura 37 - Cimentação laminado no elemento dental 11.

Após uma semana da cimentação, a paciente retornou à faculdade para o registro fotográfico final, refinamento do polimento e avaliação das restaurações quanto a cor, textura e contornos marginais.

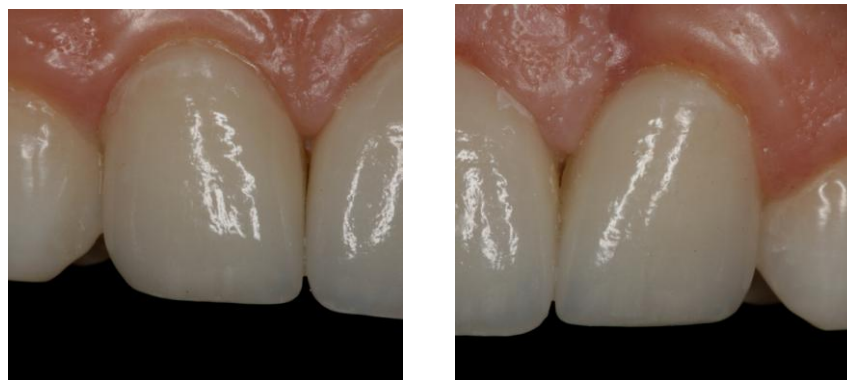
(Figuras 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 e 48).



Figura 38 – aspecto final após cimentações.



Figura 39 – visão aproximada dos laminados cimentados.



Figuras 40, 41, 42 – laminados nos incisivos centrais e laterais.



Figuras 43, 44, 45 – vista lateral dos laminados de porcelana.



Figura 46 – sorriso final da paciente.



Figura 47 – aspecto sorriso inicial da paciente.



Figuras 48 – aspecto sorriso final da paciente.

4 DISCUSSÃO

A busca pela estética é um dos principais objetivos dos pacientes que procuram os consultórios odontológicos (LIMA; CARVALHO; CRAVO, 2010), fato evidenciado neste caso clínico, onde a paciente procurou atendimento na Clínica de Especialização em Dentística na Faculdade de Odontologia da UFRGS, procurando maior estética de seu sorriso. Sua principal queixa estava relacionada aos caninos que ocupavam o lugar dos incisivos laterais ausentes, e aos incisivos centrais que apresentavam restaurações de resina composta deficientes.

A transformação de dentes e a substituição de restaurações deficientes estão entre as indicações de restaurações com laminados de porcelana. Além de abranger uma vasta gama de indicações, os laminados cerâmicos também apresentam muitas vantagens, como: preparo conservador, quando comparado com preparo para coroas totais; resultado estético excelente; ótima compatibilidade com o periodonto, devido, ao baixo acúmulo de placa e a facilidade de higienização; e alta resistência ao desgaste (BUSATO, 2002).

Para que se consiga um sorriso harmônico é necessário o conhecimento das características dentárias, suas proporções, e também sua relação com lábios, gengivas, e face do paciente (MONDELLI, 2003). A utilização do enceramento diagnóstico contribui neste aspecto, prevendo o resultado final, sendo possível a avaliação quanto aos requisitos citados acima.

Os preparos dos elementos dentais devem preencher alguns requisitos essenciais. Entre eles, o mais importante é que o desgaste do dente ofereça espaço suficiente para o material restaurador e para o agente cimentante, por isso orienta-se o desgaste com guias, sulcos de orientação e atenta-se sempre para os diâmetros das pontas diamantadas usadas (KINA, 2004). As guias de silicona orientam a espessura de desgaste na face vestibular dos elementos dentais, contribuindo para que o desgaste fique uniforme e com espessura semelhante em todos os preparos. É comum durante os preparos o rompimento dos pontos de contato, para facilitação da moldagem e das etapas laboratoriais (BENETTI et al. 2003; MONDELLI, 2003; PEREIRA, 2003; MENDES et al., 2004).

Segundo Conceição et. al. (2007), a profundidade de preparo é determinada pela alteração de cor, extensão das restaurações antigas de resina composta e posição do dente no arco dental. Neste caso, não havia alteração de cor e nem alteração de posição, pois a paciente havia passado por ortodontia prévia, porém, foi necessário um preparo mais invasivo devido a presença de restaurações de resina composta nos incisivos centrais superiores e devido a transformação de caninos em incisivos laterais, pois os caninos são elementos de maior volume quando relacionados a incisivos laterais, o que exigiu um desgaste de aproximadamente 1,0 mm. Todos devem ser refinados com pontas diamantadas de granulação fina, com o intuito de remover irregularidades e arredondar os ângulos, facilitando a confecção das lâminas e diminuindo a concentração de tensões.

Os materiais de moldagem também passam por processos de evolução e, atualmente, permite-se que as moldagens alcancem extrema fidelidade de cópia. Para que a moldagem seja satisfatória, é necessário que os preparos estejam lisos e bem definidos, o que foi garantido na etapa de acabamento e polimento dos elementos preparados. Pode-se dizer que a moldagem é um dos passos mais importantes da confecção de facetas cerâmicas, pois constitui-se em um elo de ligação entre o ceramista e o profissional, onde erros cometidos permanecerão e não permitirão correções. Para que a peça fique bem adaptada, os preparos devem ser precisos e a gengiva deve estar saudável (VIEIRA, 2004). O material de escolha para a moldagem é a silicona de adição que proporciona uma moldagem satisfatória e com alta estabilidade. Segundo Ramos Junior e Miranda (2011), é de extrema importância um afastamento gengival bem realizado, pois quando inadequado torna-se a causa mais comum de insucesso de uma moldagem. Esse afastamento cabe aos fios-retratores que são muito úteis para o afastamento gengival e facilitam a cópia precisa de toda extensão do término do preparo. No caso clínico apresentado, foi escolhida a técnica da moldagem simultânea, onde os materiais (pesado e leve) são manipulados ao mesmo tempo, o material pesado é colocado na moldeira, na parte correspondente ao arco superior e também para o arco inferior, enquanto o material leve é injetado no sulco gengival, após a remoção do fio-retrator de menor diâmetro. Esta técnica de moldagem tem como principal vantagem o tempo reduzido de execução (HIRATA; CARNIEL, 2004).

A seleção de cor é um dos passos mais importantes durante o procedimento restaurador indireto. Devido a pouca espessura das facetas, elas sofrem influência da cor do elemento dental e devido a sua translucidez, o cimento também pode interferir na cor final (MENDES, 2004).

Os dentes preparados devem ser protegidos pelos provisórios, que para Burke (1993), devem ser confeccionados para proporcionar conforto ao paciente, proteger a polpa das injúrias térmicas, e proteger os túbulos dentinários expostos contra invasões bacterianas.

Após a confecção dos laminados cerâmicos, a cimentação dos mesmos é um dos passos mais críticos da sequência do procedimento restaurador, pois além da peça e do dente necessitarem de preparos específicos de superfície, a cor do cimento deve ser criteriosamente escolhida. Uma cor de cimento escolhida equivocadamente pode comprometer o resultado estético final (ROSALEM et al., 2010). Por esse motivo, são utilizadas pastas de prova com diferentes colorações para que a escolha da cor do cimento não comprometa o sucesso clínico das restaurações.

A união micro-mecânica entre a superfície desmineralizada pelo ácido fosfórico e condicionada com primer e adesivo é a forma mais efetiva de união de materiais resinosos à dentina (MENDES et al., 2004). A peça também deve ter a superfície preparada anteriormente à cimentação. Primeiramente a porcelana é condicionada e silanizada com a finalidade de promover a ligação entre os componentes orgânicos da resina e inorgânicos da porcelana (VIEIRA, 2005).

Neste caso clínico, o cimento utilizado foi o cimento resinoso fotopolimerizável que é o mais indicado nestes casos, pois os cimentos quimicamente ativados e duais apresentam em sua composição como ativador químico, a amina terciária, que pode provocar alterações de cor ao longo do tempo, provocando um manchamento marginal da interface dente-restauração (CONCEIÇÃO, 2007; AQUINO, 2009).

Com um índice de sucesso chegando a 95% num período de 5 anos e com características conservadoras quando relacionados à coroas, este tipo de procedimento tornou-se mais popular nos últimos anos (MASSING et al., 2006). Além disso, Touati (2000) observou que as taxas de insucesso são menores que 5% em tratamentos realizados neste mesmo período de 5 anos.

5 CONCLUSÃO

Os laminados cerâmicos representam uma ótima alternativa para reanatomizar dentes anteriores. Porém, este tipo de procedimento restaurador deve ser indicado após correto planejamento, associado ao conhecimento dos materiais restauradores e de cimentação, e execução criteriosa de um protocolo clínico bem definido, para que se obtenha excelente resultado, tanto estético quanto funcional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aquino, A.P. et al. Facetas de Porcelana: Solução Estética e Funcional. **Revista Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry**. v. 6, n. 2, p. 142-152, 2009.

Benetti, A.R. et al. Facetas Indiretas em Porcelana Alternativa-Estética. **J Bras Dent Estét**. v. 2, n. 7, p. 186-194, 2003.

Burke, F. J. T. Provisional Restoration of Veneer Preparations. **Dent Update, Guildford**. p. 433-434, 1993.

Busato, A.L.S. et al. In: **Dentística: restaurações estéticas**. São Paulo: Artes médicas, 2002.

Conceição, E.N. et al. **Dentística: Saúde e Estética**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Ghilardi, M.A., Lopes, G.C. Facetas de porcelana em incisivos laterais conóides: a importância da temporização no planejamento. **Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry**. v. 5, n. 3, p. 258-274, 2009.

Hirata, R.; Carniel, C.Z. Solucionando Alguns Problemas Clínicos Comuns com Uso de Facetamento Direto e Indireto: uma Visão Ampla. **JBC – Jornal Brasileiro de Clínica e Estética em Odontologia**. v.3, n.15, 1999.

Kina, S. & Andrade, O.S. Prótese Fixa Livre de Metal. Estética em Clínica Odontológica. **15 Congresso Int. de Odontologia de Ponta Grossa**. Editora Maio, 2004.

Lima, A.F., Carvalho, J.F.O., Cravo, F.L. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: simples realização? **Rev Dental Press Estét**. v. 7, n. 4, p. 88-96, 2010.

Massing, N.G. et al. Facetas estéticas em porcelana. **Revista Ibero-americana de Odontologia Estética & Dentística**. v. 5, n. 18, p. 136-141, 2006.

Mazzaro, J.V.Q, Zavanelli, A.C. Protocolo para tratamento de diastemas com laminados de porcelana: descrição de caso clínico. **Rev Dental Press Estét**. v. 7, n. 4, p. 68-78, 2010.

Mendes, W.P., Bonfante, G., Janssen, W.C. Facetas laminadas – Cerâmica e Resina: aspectos clínicos. **In: Livro do Ano da Clínica Odontológica Brasileira**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

Mondelli, R.F.L., Coneglian, E.A.C., Mondelli, J. Reabilitação estética do sorriso com facetas anteriores em odontologia estética. **Atualização na Clínica Odontológica**. v.1, n.5, 2003.

Pereira, J.A.O. Facetas laminadas de porcelana – passo a passo. **In: Estética do sorriso – Arte e Ciência**. São Paulo: Santos, 2003.

Ramos Junior, L., Miiranda, M.E. **In: Restaurações cerâmicas e metalocerâmicas: detalhes para obtenção da estética e previsibilidade**. São Paulo: Santos, 2011.

Rosalem, C. et al. Pastas de prova em laminados cerâmicos: aplicação clínica para alcançar o resultado estético. **Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry**. v. 6, n. 2, p. 210-221, 2010.

Touati, B., Miara, P., Nathanson, D. **Odontologia estética e restaurações cerâmicas**. São Paulo: Santos, 2000.

Vieira, S., Ampessan, R. **Facetas laminadas em cerâmica odontológica**. Congresso Int. de Ponta Grossa. Estética em Clínica Oodntológica. Editoria Maio, 2004.

Vieira, S. Discutindo ciência: Facetas Laminadas em Cerâmica Odontológica. Revista Ibero-americana de Odontologia Estética e Dentística. v. 4, n. 13, p. 1-102, 2005.