

CENTRO UNIVESITÁRIO UNISAGRADO - UNISAGRADO

MARCIA PRADO MILANI MONTEIRO

REABILITAÇÃO ORAL ADESIVA: ASPECTOS CLINICOS RELEVANTES EM
DENTE ESCURECIDO: RELATO DE CASO

BAURU

2020

MARCIA PRADO MILANI MONTEIRO

REABILITAÇÃO ORAL ADESIVA: ASPECTOS CLINICOS RELEVANTES EM
DENTE ESCURECIDO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia – Centro
Universitário Sagrado Coração –
UNISAGRADO.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Amadei
Pegoraro

BAURU

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

M775r	Monteiro, Marcia Prado Milani Reabilitação oral adesiva: aspectos clínicos relevantes em dente escurecido: relato de caso / Marcia Prado Milani Monteiro. -- 2020. 31f. : il. Orientador: Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP 1. Planejamento Digital. 2. Estética. 3. Dentes escurecidos. I. Pegoraro, Thiago Amadei. II. Título.
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MARCIA PRADO MILANI MONTEIRO

REABILITAÇÃO ORAL ADESIVA: ASPECTOS CLINICOS RELEVANTES EM
DENTE ESCURECIDO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia – Centro
Universitário Sagrado Coração –
UNISAGRADO.

Aprovado em 01/12/2020.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro (Orientador)
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof.^a Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof. Dr. José Fernando Scarelli
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Dedico este trabalho de conclusão de curso a meu marido Tomaz e meus filhos Davi e Maria Luísa que me deram todo apoio nestes 4 anos. Minha família minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por conseguir cumprir esses quatro anos de faculdade e realizar o meu grande sonho, creio que era uma das promessas dele em minha vida. Agradeço meus pais José Carlos e Ivanete por ter dado a educação e por ensinarem que tudo que queremos, temos que ser correr atrás e nunca desistir e agradeço a Deus por eles poderem estar comigo neste momento.

Agradeço meu marido Tomaz que sempre me deu apoio e muita coragem para eu ir em frente, obrigada pelo seu amor e cuidado comigo, por estar sempre presente nos momentos que eu precisei de apoio com as crianças; aos meus filhos Davi e Maria Luísa que entenderam a minha ausência nos momentos que eles queriam estar ao meu lado, sei que para eles não foi fácil esses quatro anos, e a minha querida Anabel, babá das crianças, que também esteve ao meu lado, sempre conversando e dando muito amor para as crianças quando eles estavam nos dias mais carentes com a minha ausência.

A minha maravilhosa secretaria Milena que também nos momentos que estava preste a desistir de tudo sempre me deu apoio e coragem para eu seguir em frente, meu braço direito no laboratório.

Não poderia deixar do meu grande amigo Eduardo Ito que sempre nos momentos de dúvidas me ajudou com seu conhecimento e a todos os familiares em que me deram muito apoio e amor e em especial minha cunhada Teresa (Teka).

E logico que não poderia deixar de agradecer quatro anjos que Deus colocou na minha vida: Aninha, Rafaela, Gabi e Leidy que sempre estavam dispostas a ajudar, cada uma delas com um jeitinho todo especial quando eu menos esperava, elas estavam ali para ajudar, Aninha minha dupla que me aguentou nos últimos dois anos nas clínicas. Agradeço a uma grande amiga que Deus me deu, a Aline Sanches, que também sempre me ajudou durante esses quatro anos, foram muitas trocas de conhecimento.

Obrigada Lucas Peia meu paciente por aceitar todo o tratamento e estar sempre a disposição.

Agradeço meu orientador Thiago Pegoraro o qual admiro o seu trabalho e seu compromisso com a docência, sempre animado e nos inspirando com tamanho amor ao ensinar.

Muito obrigada ao nosso coordenador professor Guilherme Ferreira da Silva, um ótimo professor, e pela sua dedicação com nossa turma, por sempre ter me atendido quando precisei de mudanças de horários por causa do meu trabalho. Obrigada a todos os professores da graduação, todos ótimos professores, por todo ensinamento passado para nós, e também a todos os funcionários do UNISAGRADO que estavam nos bastidores sempre nos dando apoio e suporte.

RESUMO

A reabilitação estética de um sorriso quando envolve remanescente escurecido é um grande desafio ao clínico. A adequação da cor dos dentes através de restaurações cerâmicas exige muito conhecimento dos profissionais e habilidades, que através de uma boa anamnese e análise facial e dentais para a execução de um bom planejamento digital e tratamento correto usando restaurações cerâmicas fresadas. Paciente L.P,30 anos, compareceu a clínica do Unisagrado, com a queixa de dente anterior escurecido e sorriso invertido anterior que não apareciam as incisais dos dentes anteriores com os lábios em repouso. No exame clínico verificou-se o dente escurecido, e maxila com desarmonia gengival nos dentes anteriores, no exame radiográfico constatou-se no dente 11 tratamento endodôntico satisfatório mas com o canal radicular amplo. Foi proposto ao paciente a colocação de pino intra-radicular de fibra de vidro no dente 11, clareamento dental e faceta no dente 11 e lentes de cerâmica empess cad multi nos dentes 15,14,13,12,21,22,23,24 e 25 assim harmonizando o sorriso e cor. E o resultado final estético e funcional atingido como o proposto no início do tratamento foi totalmente aprovado pelo paciente.

Palavras-chave: Planejamento Digital. Estética. Dentes Escurecidos.

ABSTRACT

The aesthetic rehabilitation of a smile when it involves a darkened remnant is a great challenge for the clinician. The adequacy of the color of the teeth through ceramic restorations requires a lot of knowledge of the professionals and skills, which through a good anamnesis and facial and dental analysis for the execution of a good digital planning and correct treatment using milled ceramic restorations. Patient LP, 30 years old, attended the Unisagrado clinic, with a complaint of a darkened anterior tooth and an inverted anterior smile that did not show the incisors of the anterior teeth with the lips at rest. In the clinical exam it was verified the darkened tooth, and the maxilla with gingival disharmony in the anterior teeth, in the radiographic exam it was verified in tooth 11 satisfactory endodontic treatment but with the broad root canal. It was proposed to the patient to place fiberglass intra-root pin on tooth 11, tooth whitening and veneer on tooth 11 and ceramic empress cad multi lenses on teeth 15,14,13,12,21,22,23,24 and 25 thus harmonizing the smile and color. And the final aesthetic and functional result achieved as proposed at the beginning of the treatment was fully approved by the patient.

Keywords: Digital Planning. Aesthetics. Darkened Teeth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspecto extra bucal: lábios em repouso	12
Figura 2 - Aspecto intrabucal dente 11 escurecido	12
Figura 3 - Planejamento digital.....	13
Figura 4 – Planejamento pronto	13
Figura 5 - Modelo inicial	14
Figura 6 - Enceramento digital	14
Figura 7 - Mock-up vista extra bucal	14
Figura 8 - Mock-up intrabucal.....	15
Figura 9 - Antes do clareamento	15
Figura 10 - Após clareamento	16
Figura 11 - Moldagem com o pesado.....	16
Figura 12 - Fio retrator 00 (pascal siltrax plus).....	17
Figura 13 - Fio retrator 00 (Ultrapak).....	17
Figura 14 - Retirado o fio retrator continuo.....	17
Figura 15 - Reembasamento da moldagem com o leve.....	18
Figura 16 - Tomada de cor dos substratos.....	18
Figura 17 - Cor final.....	18
Figura 18 - Primeiro modelo (troquelizado) e segundo modelo rígido em gesso	19
Figura 19 - Modelo sobreposto sobre o modelo com preparos	19
Figura 20 - Sequencia virtual da primeira peça (mais opaca) para mascaramento do dente escurecido e a lente de cerâmica que foi fundida à primeira peça.....	20
Figura 21 - Blocos Emprees cad multi A1 fresados.....	20
Figura 22 - Peça dente 11 (mais opaca)	21
Figura 23 - Trabalho pronto.....	21
Figura 24 - Provas com diferentes pastas Try-in.....	21
Figura 25 - Trabalhos cimentados - Aspecto final extra bucal: lábios em repouso....	22
Figura 26 - Trabalhos cimentados - Aspecto final intra-bucal.....	23
Figura 27 - Trabalhos cimentados - sorriso final	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVO	11
2	RELATO DE CASO CLÍNICO	12
3	DISCUSSÃO	24
4	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	31

1 INTRODUÇÃO

As alterações no sorriso podem ser causadas por diferentes fatores como a cárie, escurecimento dental, envelhecimento, bruxismo, erosão química e má-oclusão, proporcionando desequilíbrio na estética dentofacial. Dentre os procedimentos indicados para restabelecer o resultado estético funcional está o uso de facetas (GOLDSTEIN *et al.*, 1994).

A faceta consiste no recobrimento da face vestibular do esmalte dental por um material restaurador, fortemente unido ao elemento dentário por intermédio dos recentes avanços dos sistemas adesivos e podendo ser confeccionada pela técnica direta (resina composta) ou indireta (cerâmica) (MAGNE; BELSER, 2003; TOUATI; MIRA; NATHANSON, 2000).

Na harmonia da face um sorriso agradável é fundamental, por isso a estética dos dentes é de suma importância para o equilíbrio psíquico e emocional do indivíduo. Sendo assim, a cada dia surgem na Odontologia novos materiais e técnicas para solucionar os problemas dentários.

A capacidade de substituir o esmalte natural dos dentes deficientes em estrutura, forma ou cor por esmalte artificial, intimamente aderido aos tecidos dentais é uma longa busca por parte de pesquisadores, clínicos, técnicos dentais e fabricantes. As facetas laminadas seriam as restaurações protéticas que melhor se encaixam nos princípios atuais da Odontologia Estética. São complacentes com os tecidos moles, evitam o uso de estruturas metálicas e possuem excelente qualidade estética, sendo a única restauração protética capaz de conservar uma proporção significativa de esmalte natural (TOUATI; MIRA; NATHANSON, 2000).

A nova geração de adesivos dentários e os materiais de fixação permitem ampliar a indicação das facetas. Não é mais necessário que todas as bordas estejam na região do esmalte. A resistência de ligação da porcelana condicionada e silanizada aos novos materiais de fixação nas superfícies dentais de esmalte e de dentina abrem uma nova era. Dão ênfase ao fato que, a faceta em si é extremamente quebradiça, mas logo que esteja fixada adesivamente no dente, desenvolve uma pronunciada resistência à flexão e ruptura por tração (BARATIERI; GUIMARÃES, 2008; PINCUS, 1938).

1.1 OBJETIVO

Baseado nas técnicas adesivas e na conservação da estrutura dental, esse trabalho tem como objetivo realizar revisão de literatura e visa descrever, através de relato de caso, protocolo reabilitador para a realização de facetas cerâmicas para melhora estética.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente LP, 30 anos, sexo masculino, procurou o atendimento odontológico na clínica do UNISAGRADO, insatisfeito com a estética do seu sorriso, onde relatou uma diferença de cor no dente 11 que foi submetido a um tratamento endodôntico por causa de um trauma na infância e quando está com os lábios em repouso, não aparece os seus dentes anteriores superiores. O exame físico foi constatado através de exames radiográfico periapical no dente 11.

Figura 1 - Aspecto extra bucal: lábios em repouso



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 2 - Aspecto intrabucal dente 11 escurecido



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao exame clínico intrabucal, com o auxílio de exames complementares (radiografia panorâmica e periapicais) verificou-se, onde apresentava um tratamento endodôntico satisfatório, com um canal bem amplo devido o tratamento endodôntico feito com a risogenege incompleto, os demais dentes apresentava-se íntegros, e foi observado que o dente 11 apresentava-se bem escurecido e na análise da gengival havia pouca desarmonia dentre os centrais, mas com uma boa saúde gengival, fizemos uma moldagem e fotos para um planejamento e enceramento digital.

Os moldes foram enviados para o Laboratório de Prótese Dentária Portalupi, onde foram vazados e scaniados, para a realização dos modelos impressos. Iniciamos com planejamento digital (Smart Smile Approach) elaborado por Henrique Muller de Quevedo, que nos facilitou a análise da face, sorriso e proporção dentes e coroas e gengiva.

Figura 3 - Planejamento digital



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4 – Planejamento pronto



Fonte: Elaborada pela autora.

Com o planejamento pronto foi sugerido ao paciente colocarmos um pino de fibra intra-radicular no dente 11, clareamento dental e tratamento restaurador com lentes dos dentes 15,14,3,12,21,22,23,24 e 25 e o dente 11 podendo ser uma faceta ou coroa, e através do planejamento e enceramento digital pronto.

Figura 5 - Modelo inicial



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 6 - Enceramento digital



Fonte: Elaborada pela autora.

Foi apresentado ao paciente através de um mock-up com a resina Bisacrilica (Structur) na cor A2, no qual foi aprovado o tratamento dental, porém o gengival o paciente não aceitou por não aparecer no sorriso, então optamos pela correção com a própria peça protética fazer um perfil de emergência elevando um pouco dessa desarmonia.

Figura 7 - Mock-up vista extra
bucal



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8 - Mock-up intrabucal



Fonte: Elaborada pela autora.

Iniciamos o tratamento pela colocação do pino de fibra de vidro, onde foi realizado a desobstrução de 2/3 do canal, selecionamos o pino de fibra de vidro ângelus, radiografamos para conferir se tínhamos atingido os 2/3, preparamos o pino com ácido fosfórico 37%, aplicação de silano, e no conduto do canal aplicamos ácido fosfórico 37% e sistema adesivo (Ambar) e na cimentação foi usado (Alcem core).

Na próxima sessão foi realizado uma profilaxia com pedra pomes e água, então realizamos o clareamento dental de consultório (Whitenees HP Blue) com apenas uma sessão chegamos em um tom favorável para receber as lentes dos dentes 15,14,13,12,21,22,23,24 e 25.

Figura 9 - Antes do clareamento



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 - Após clareamento



Fonte: Elaborada pela autora.

Após o clareamento pronto conferimos a cor após uma semana, chegando à cor A1 que era a cor desejada (Figura 9 e10).

Antes de iniciarmos os preparos fizemos uma moldagem apenas com pesado do silicone de adição Virtual (Ivoclar Vivadent). Foi feito alívios e canaletas no palato da moldagem para um melhor escoamento do material leve do silicone (Figura 11).

Figura 11 - Moldagem com o pesado



Fonte: Elaborada pela autora.

Na sequência iniciamos os preparos dos dentes, que através do enceramento foi confeccionado muralhas de silicone (zetalabor) para nos guiar nos desgastes ideais para as lentes dos dentes 15, 14, 13, 12 ,21, 22, 23, 24 e 25 e no dente 11, foi necessário um maior desgaste para obtermos um bom resultado final, pois este dente precisamos pensar que tem que ser feito um mascaramento do substrato e

também dar naturalidade, e igualarmos aos outros dentes. Então foi colocado fio retrator 00 (pascal siltrax plus) (Figura12) dente a dente e fio 00 (ultrapak) contínuo (Figura13).

Figura 12 - Fio retrator 00 (pascal siltrax plus)



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 13 - Fio retrator 00 (Ultrapak)



Fonte: Elaborada pela autora.

Para executar a moldagem com o leve do silicone, retiramos o fio 00 contínuo (Figura 14).

Figura 14 - Retirado o fio retrator contínuo



Fonte: Elaborada pela autora.

E logo em seguida injetamos o leve do silicone, nos dentes jogamos ar com a seringa tríplice, colocamos o material leve na moldeira e levamos a moldeira para a boca do paciente, aguardamos o tempo de presa do material retiramos o molde da boca do paciente (Figura 15).

Figura 15 - Reembasamento da moldagem com o leve



Fonte: Elaborada pela autora.

Antes de realizarmos o provisório, fizemos a tomada de cor dos substratos, também conferimos a cor final do trabalho.

Figura 16 - Tomada de cor dos substratos



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 17 - Cor final



Fonte: Elaborada pela autora.

Após a tomada de cor, com a mesma muralha que fizemos o mock-up, realizamos o provisório apenas do dente 11, com a resina bisacrilica (structur) na cor

A1 e nos demais dentes não foi necessário provisório pois os desgastes foram mínimos.

Na etapa do laboratório, foi vazado dois modelos um para troquelizar que seria primeiro modelo e o segundo modelo seria o modelo rígido, para checar os pontos de contato proximais (Figura18).

Figura 18 - Primeiro modelo (troquelizado) e segundo modelo rígido em gesso



Fonte: Elaborada pela autora.

Após o vazamento o primeiro modelo foi escaneado (scanner de bancada map 400 Amanngirbach) antes de seccionar o modelo para termos a gengiva como referência no perfil de emergência e em seguida foi realizado a secção e recorte da gengiva para deixar nítido o termino para realizar o perfeito escaneamento do modelo, foi sobreposto o modelo do enceramento diagnostico sobre o modelo escaneado com os preparos (Figura 19).

Figura 19 - Modelo sobreposto sobre o modelo com preparos



Fonte: Elaborada pela autora.

No dente 11 no qual tinha o substrato escurecidos optamos por fresar 2 peças uma em um material com mais opacidade e sobre ela uma lente como foi feito nos demais dentes. Foi realizada uma sequência virtual da primeira peça (mais opaca)

para mascaramento do dente escurecido e a lente de cerâmica que foi fundida à primeira peça (Figuras 20).

Figura 20 - Sequencia virtual da primeira peça (mais opaca) para mascaramento do dente escurecido e a lente de cerâmica que foi fundida à primeira peça



Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: A: Preparo inicial - B: Peça imitando o preparo - C: Lente sobre a peça

Assim executado os desenhos das lentes e fresadas em Empress cad multi (ivoclar vivadente) na cor A1. (Figura 21) na fresadora motion2 (Amannirbach).

Figura 21 - Blocos Emprees cad multi A1 fresados



Fonte: Elaborada pela autora.

Após fresadas as 10 peças foram cortadas dos blocos, adaptadas nos modelos e maquiadas, e a peça dupla foi fundida no laboratório com a própria cerâmica, ao invés de cimentar na clínica (Figura 22).

Figura 22 - Peça dente 11 (mais opaca)



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 23 - Trabalho pronto



Fonte: Elaborada pela autora.

Com o trabalho pronto (Figura 23), iniciamos a clínica com a remoção do provisório do dente 11, fizemos uma profilaxia com pedra pomes e água, e começamos com a prova dos elementos, primeiro fizemos a prova seca, para checarmos a adaptação e ponto de contatos, logo após a prova molhada, onde observamos uma diferença de cor entre os centrais, pois o que tinha remanescente mais escuro acabou ficando mais claro, usamos a pasta try-in light em todos os dentes e neutral e no dente 11, mas ainda tinha uma pequena diferença, colocamos Wam no dente 11 (Figura 24), que acabou igualando as cores. Após todas as provas fizemos mais uma vez a profilaxia com pedra pomes e água para remover toda a pasta try-in.

Figura 24 - Provas com diferentes pastas Try-in



Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: A: Neutral - B: Neutral 11 e light nos demais dentes - C: Wam 11 e light nos demais dentes

Para a cimentação iniciamos pelos preparos das lentes e facetas; ácido floridrício 5% por 60 segundos e silano Monobond-N com duas camadas bem finas. Nos dentes, ácido fosfórico 37% por 30 segundos em todos os dentes, exceto no dente 11, onde apresentava áreas com dentina (feito o ataque ácido seletivo no esmalte). Em seguida, aplicamos o primer (clearfil) e depois o Bond (clearfil), sem fotoativação. Em seguida passamos o bond (clearfil) nas peças sem fotopolimerizar, e iniciamos a cimentação propriamente dita, de 2 em 2 peças, com o cimento resinoso exclusivamente fotopolimerizável Variolink Esthetic LC (Ivoclar Vivadent) pelos centrais, laterais e caninos, e por último, os pré-molares. Sempre removendo os excessos de cimento com microbrush e fio dental, previamente a fotoativação do cimento. Após todo processo de cimentação, foram removidos os excessos com lamina de bisturi e brocas diamantadas e polimento final da linha de cimentação (Figuras 25, 26 e 27).

Figura 25 - Trabalhos cimentados - Aspecto final extra bucal: lábios em repouso



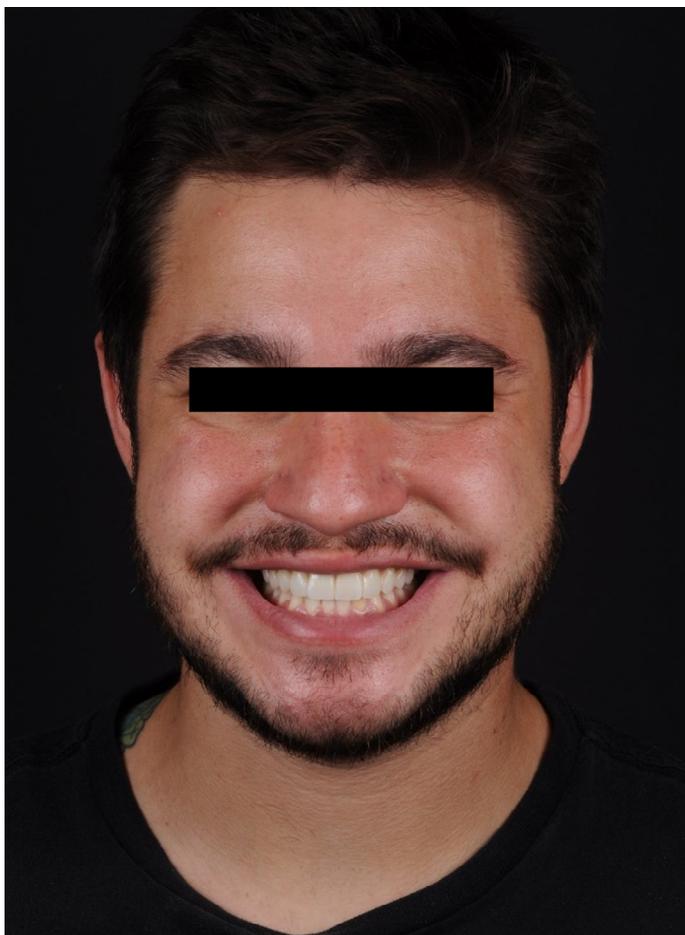
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 26 - Trabalhos cimentados - Aspecto final intra-bucal



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 27 - Trabalhos cimentados - sorriso final



Fonte: Elaborada pela autora.

3 DISCUSSÃO

Para conseguir um bom resultado estético quando se trata de harmonizar o sorriso e com um único dente escurecido, precisamos de uma boa análise facial, dental e gengival para obter um bom planejamento. Um protocolo de fotografia digital e análise digital, permite ao dentista visualizar e analisar problemas que passam despercebidos clinicamente (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012). Uma boa comunicação com o laboratório de prótese dentária, sendo através de imagens, uma boa moldagem, e com as ferramentas digitais, nos facilitam a aprimorar os trabalhos odontológicos, além de nos ajudar como meio de comunicação visual, podendo mostrar para o paciente antes mesmo de executar o tratamento. Tradicionalmente, o design do sorriso é instituído pelo técnico em odontologia. O técnico, cria formas e os arranjos dentário e segue as instruções e diretrizes fornecidas dentista (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012).

A colocação de pinos intra-radulares de fibra de vidro, a fim de reter a restauração final, e por apresentarem uma rigidez e propriedades muito parecidas com a estrutura dental inclusive esteticamente. Os pinos de fibra de vidro apresentam rigidez muito semelhante á dentina, absorvendo assim, as tenções, as tensões geradas pelas formas mastigatórias e protegendo o remanescente radicular, pois possibilitam a construção de uma unidade mecânica homogênea (CLAVIJO *et al.*, 2008).

Na estética consiste em muitos conceitos atualmente, onde apresentam muitos desafios para a área odontológica, preconizando em procedimentos minimamente invasivos, mas é muito importante que seja avaliados estruturas dentarias, principalmente as cores dos remanescentes dentários, e quando se trata de remanescentes escurecidos não se deve pensar em minimamente invasivos e sim em um preparo suficiente invasivo, não acho que haja números que possa mensurar o que seria o mínimo para um desgaste e sim levar em consideração que precisamos mascarar o substrato e na cor final que devemos chegar com naturalidade que temos que atingir, sendo o mais próximo com os dentes adjacentes. O desgaste mínimo necessário de um dente com alteração de cor, para se conseguir alcançar a cor do dente adjacente, é 0,3mm para cada tom de alteração na escala vitta como foi citado por Diaz-Arnold, Vargas e Haselton (1999).

Algumas considerações necessárias para o sucesso das restaurações laminadas sob o ponto de vista de resistência mecânica, saúde periodontal e estética, entre elas: é imprescindível que a gengiva marginal esteja sem o menor sinal clínico de inflamação; as facetas devem apresentar uma perfeita adaptação periférica, sem sub ou sobre contornos; condicionamento ácido do esmalte deve ser uniforme; o manuseio das facetas laminadas, nas fases de prova e cimentação deve ser delicado; deve ser feita aplicação de silano, pois esta aumenta significativamente a força de união entre a porcelana e a resina (MEZZOMO,1994).

Devido a existência de questionamentos sobre as vantagens e desvantagens na utilização de facetas laminadas de porcelana, relatamos algumas opiniões relacionadas com cor e estética; durabilidade; preparo conservador; função; resistência; saúde do periodonto; irreversibilidade e custos.

Outros autores destacaram a superioridade das facetas laminadas de porcelana, citando como vantagens a sua excelente estética, manutenção do brilho e da textura superficial, boa resistência à abrasão, menor retenção de placa bacteriana, biocompatibilidade com os tecidos moles, possibilidade de caracterização individual de forma e cor, nenhuma alteração cromática, preservação da vitalidade pulpar e redução mínima do esmalte. Como desvantagens citaram: a necessidade de trabalho laboratorial, dificuldade de contorno, forma e caracterização da superfície, devido à espessura reduzida de porcelana, possibilitando um sobrecontorno e dificuldades de manuseio (ARAUJO; ODA; SANTOS, 1990).

Um trabalho relatou como desvantagens das facetas laminadas de porcelana: a pobre integridade marginal, cor monocromática antiestética, imprevisibilidade na cimentação, cores e opacificadores inadequados, textura superficial pouco natural, tempo extenso de instalação, valor potencialmente inadequado e expectativas irreais do paciente à longo prazo (SHEETS; TANIGUCHI, 1990).

Mezzomo (1994) sugeriu que as características que influenciam na estética final, como tamanho, forma e textura de superfície, deveriam ser anotadas e reproduzidas em modelos de estudo para serem copiadas na facetas laminada de porcelana. Para tal, os modelos de estudo com enceramento diagnóstico permitem visualizar a solução definitiva. Restaurações adequadas de resina, porém manchadas, deveriam ser refeitas, assim como manchas muito escuras, revestidas com uma base de ionômero de vidro em uma cor mais clara, pois, de acordo com o autor, estas condutas auxiliariam na redução da maior quantidade possível de

manchas que pudessem influenciar negativamente na estética final. Como forma de proteção pulpar em dentes vitalizados, toda a dentina exposta deveria ser protegida com bases de ionômero tratadas com ácido fosfórico, que fornecem microretenções mecânica para a resina de cimentação.

Os fatores oclusais deveriam ser considerados, mesmo com restaurações que não envolvam a superfície lingual, ou seja, quando a crista incisal não está envolvida, pois nestas situações os riscos são ainda maiores, principalmente se os caninos e os dentes posteriores estão envolvidos. Embora as margens das facetas laminadas normalmente estejam localizadas supragengivalmente, sua condição sempre deve ser avaliada antes de se decidir sobre qualquer tratamento. A higiene bucal precária e a inflamação gengival deveriam ser tratadas antes de se indicar facetas laminadas de porcelana. O exame clínico não deveria focar apenas os dentes a serem restaurados, mas também, a forma da face, o tamanho dos lábios e a relação destes com os dentes antagonistas. O clínico deveria utilizar outros métodos de visualização, tais como: enceramento diagnóstico, fotografias (face inteira e perfil), modelos de gesso, análise da imagem por computador (KINA; BRUGUERA, 2007; SENSI; BARATIERI; MONTEIRO JUNIOR, 2007).

Araújo, Oda e Santos (1990) relataram que o desgaste dental para faceta deveria ser mínimo, o suficiente apenas para evitar o sobrecontorno, e de preferência, não atingindo a dentina, pois perder-se-ia a retenção oferecida pelo esmalte, e além disto, o ácido em dentina poderia causar danos ao complexo dentina-polpa nos dentes vitalizados. A borda incisal seria levemente desgastada, apenas para dar espessura a porcelana e não fraturar, porém, apesar deste procedimento conservar a guia incisal em estrutura dental, aumenta a possibilidade de descolamento nos movimentos excursivos de protrusão. As faces proximais são ligeiramente invadidas, para maior espessura da porcelana nesta região, favorecendo a cor, sem comprometer a região do ponto de contato. No término cervical, optaram por preparos supragengivais.

Sheets e Taniguchi (1990) defenderam um preparo onde as margens interproximais são extendidas até a área de contato, para aumentar a força da porcelana. Somente as margens do preparo deveriam ser polidas, pois a parte interna é mantida áspera para se obter uma máxima força de adesão. A margem cervical seria colocada levemente acima da margem gengival.

Horn (1983) desenvolveu um método para unir efetivamente a porcelana ao esmalte dental condicionado com ácido. A faceta de porcelana pode ser cimentada ao esmalte preparado por uma combinação de adesão química e mecânica, através do agente silano e da resina composta. Após confeccionada a faceta, sua face vestibular é protegida com glaze e selada com cera pegajosa. A face interna é condicionada com ácido fluorídrico para fornecer uma superfície áspera microscopicamente, oferecendo uma adesão mecânica com o cimento. Antes da cimentação, esta superfície é tratada com agente silano fornecendo uma adesão química com o agente cimentante.

Touati, Mira e Nathanson (2000) realizaram então uma análise das razões para as falhas com as facetas em um acompanhamento de 10 anos. Segundo os autores, os erros podem ser atribuídos a diferentes causas, e podem ocorrer em qualquer estágio do processo:

- a) seleção do caso: dentes muito escurecidos, bruxismo;
- b) preparo: posição e forma das margens, suporte inadequado, espessura insuficiente;
- c) temporização: restaurações temporárias malajustadas, cimento temporário inadequado;
- d) processo laboratorial: escolha precária da cerâmica ou da técnica de aplicação;
- e) prova e manuseio: fraturas acidentais;
- f) escolha do cimento: opacidade, espessura e saturação;
- g) procedimentos de colagem: manuseio inadequado, produtos impróprios;
- h) comunicação: má-compreensão das necessidades do paciente, má comunicação dos dados para o laboratório de prótese.

4 CONCLUSÃO

Com base no relato clínico apresentado, podemos concluir que o planejamento prévio e com a execução adequada, são indispensáveis p obter um bom resultado. O resultado estético e funcional, foi totalmente aprovado pelo paciente no qual foi sugerido ao paciente desde o início do tratamento, seguido dos preparos adequado e suficiente para receber as restaurações em cerâmicas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.; ODA, M.; SANTOS, J. F. F. Facetas de porcelana. **Rev Odont USP**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 265-268, jul./set. 1990.

BARATIERI, L. N.; GUIMARÃES, J. Laminados cerâmicos. *In*: BARATIERI, L. N. *et al.* **Soluções clínicas**: fundamentos e técnicas. Santa Catarina: Ponto, 2008. p. 314-371.

CLAVIJO, V. G. R. *et al.* Reabilitação de dentes tratados endodonticamente com pinos anatômicos indiretos de fibra de vidro. **Rev dental press estét**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 31-49, abr./jun. 2008.

COACHMAN, C.; CALAMITA, M.; SCHAYDER, A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. **Dicas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.36-40, abr./jun. 2012.

DIAZ-ARNOLD, A. M.; VARGAS, M. A.; HASELTON, D. R. Current status of luting agents for fixed prosthodontics. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 81, n. 2, p. 135-141, Feb. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9922425/>. Acesso em: 22 set 2020.

GOLDSTEIN, R. E. *et al.* Esthetic update: the changing esthetic dental practice. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 125, n. 11, p. 1447-1456, Nov. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7963095/>. Acesso em: 15 set. 2020.

HORN, H. R. Porcelain laminate veneers bonded to etched enamel. *Dent Clin North Am*, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 671-684, Oct. 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6360727/>. Acesso em: 22 set. 2020.

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

MAGNE, P.; BELSER, U. Estética dental natural. *In*: MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior**: uma abordagem biomimética. São Paulo: Quintessence, 2003. p. 57-96.

MEZZOMO, E. Facetas estéticas e restaurações inlays e onlays de porcelana. *In*: MEZZOMO, E. *et al.* **Reabilitação oral para o clínico**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1994. cap.13, p.459-486.

PINCUS, C. L. Building mouth personality. **J Calif Dent Assoc**, Sacramento, v. 14, p. 125-129, 1938.

SENSI, L.; BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S. Cimentos resinosos. *In*: KINA, S.; BRUGUERA, A. **Invisível**: restaurações estéticas cerâmicas. Maringá: Dental Press, 2007. p. 303-319.

SHEETS, C. G.; TANIGUCHI, T. Advantages and limitations in the use of porcelain veneer restorations. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 64, n. 4, p. 406-411, Oct. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2231448/>. Acesso em: 18 ago. 2020.

TOUATI, B.; MIRA, P.; NATHANSON, D. **Estética e restaurações cerâmicas**. São Paulo: Santos, 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento de esclarecimento e informações sobre o tratamento odontológico a ser realizado,

Eu/Responsável Lucas Reis

portador do RG nº 47.140.585-1, inscrito no CPF sob nº 909.124.478-19, tomo ciência que tenho a responsabilidade

compartilhada com o IASCI—Universidade do Sagrado Coração sobre o mesmo. Estou ciente que deverei seguir rigorosamente algumas regras para o bom andamento, finalização e preservação do tratamento como:

- 1- Comparecer a todas as consultas agendadas em todas as especialidades envolvidas no tratamento.
- 2- Avisar com 48 horas de antecedência o responsável pelo agendamento do atendimento caso não possa comparecer. Caso uma situação de emergência ocorra durante as 48 horas que antecedem o tratamento, deverei justificar através de atestado ou documento que revelam o real motivo de minha falta.
- 3- Zelar pela manutenção de próteses odontológicas fixas ou móveis, placas de mordidas, aparelhos ortodônticos que venha a fazer uso, não quebrando ou danificando quaisquer acessórios.
- 4- Seguir todas as orientações de cuidados pós-atendimentos cirúrgicos, restauradores e protéticos fornecidos pela equipe responsável pelo tratamento.
- 5- Seguir as orientações dadas sobre a manutenção diária de higiene dos tecidos buco-dentais.
- 6- Comparecer as consultas de controle após o término do tratamento.
- 7- Quando tratamento for de prótese sobre implante, prótese fixa, prótese removível, prótese total, compreendem ser uma obrigação de meio, restabelecendo a função que foi perdida com a perda dos dentes.
- 8- Tenho ciência do limite tolerável de apenas duas faltas, uma vez que coloco em comprometimento a aula do aluno e do professor

Declaro sob as penas da lei, que:

- Ter sido submetido a um questionário de avaliação biomédica, no qual foram pesquisados e excluídos possíveis fatores sistêmicos que possam comprometer ou contra indicar o tratamento proposto, bem como oferecer riscos à minha saúde geral;
- Ter sido informado de que não existem garantias absolutas e que o sucesso do presente tratamento dependerá de uma manutenção regular;
- Tenho pleno conhecimento de que terei meu tratamento automaticamente cancelado, seja em qual for, caso não cumpra corretamente as regras aqui estabelecidas, assumindo todos os riscos e responsabilidade por minha negligência e imprudência;
- Consinto com plano de tratamento apresentado, decorrente de particularidades inerentes ao meu caso;
- Autorizo que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenho, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento e tratamento que compõe meu prontuário, sejam retidos e utilizados para fins de ensino e divulgação em todo e qualquer meio de comunicação/ Publicações científicas nacionais e internacionais, respeitado o Código de Ética institucional e da profissão;
- Recebi informações sobre os possíveis riscos e complicações decorrentes da cirurgia, medicamentos e anestesia. Tais complicações incluem dor, edema (inchaços), infecções, hematomas das estruturas bucais (manchas arroxeadas) e também possíveis danos a estrutura óssea, patologias sinusais (sinusites), atraso na cicatrização, reações alérgicas às drogas e aos medicamentos utilizados, até a possível perda do tratamento proposto, sendo que na eventualidade disto acontecer, deverei assumir os eventuais custos para um novo tratamento;
- Se necessário tratamento endodôntico observado pelo cirurgião-dentista, após finaliza-lo nesta clínica, devo dar continuidade no tratamento restaurador com qualquer outro profissional/ outra clínica de odontologia o mais rápido possível, não dependendo mais da USC, uma vez que tal tratamento é necessário e sua não realização acarretará prejuízos ao dente tratado e a minha saúde;
- Em caso de tratamento de URGÊNCIA, tenho conhecimento que os procedimentos serão os necessários apenas para o atendimento da urgência e que deverei providenciar sua continuidade/finalização do tratamento e/ou outros procedimentos, o mais rápido possível, com qualquer outro profissional/outra clínica de odontologia;
- Ter sido orientado e me responsabilizo por procurar o mais breve possível qualquer outro profissional da área para dar continuidade e/ou finalizar qualquer tratamento iniciado nas clínicas de odontologia da Universidade do Sagrado Coração, não dependendo apenas das disponibilidades de vagas disponíveis na universidade;
- Tenho ciência da grade/horário das disciplinas e seus respectivos atendimentos do curso de odontologia da USC e que devo me adequar aos horários disponíveis do mesmo, bem como aguardar a disponibilidade de vagas para atendimento na universidade, uma vez que essas são limitadas e devo respeitar seus critérios pré-estabelecidos, tais como a lista de espera e que são selecionados casos de interesse de aprendizado/pesquisa estipulado pelo professor e/ou aluno e a pedido dos mesmos;
- Compreendo se tratar de uma instituição de ensino e tenho conhecimento das limitações de datas e horários do período letivo e que o atendimento dentro da universidade é feito apenas nesse período, podendo variar em semanas de provas, avaliações e eventos, sendo encerrados nas férias letivas, finais de semana, feriados, entre outros, me tornando responsável por procurar tratamento externo a Universidade, independente do caso.
- Fui informado que todas as informações contidas em meu prontuário deverão permanecer no arquivo pelo prazo legal da Instituição de Ensino, podendo ser copiada para os fins acima autorizados e/ou meu interesse ou de minha família em particular;

Por este instrumento de autorização por mim assinado e acima qualificado, dou pleno consentimento ao IASCI- Universidade do Sagrado Coração para, por intermédio de seus discentes, doentes (alunos e professores) e funcionários do Curso de Odontologia, graduação e pós-graduação, fazer diagnóstico, fazer realização ou solicitação de exames clínicos e/ou de laboratórios, planejamento e execução do meu tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade, dentro das disciplinas acadêmicas e materiais existentes.

Declaro ainda que efetuei a leitura de toda esta autorização, aceito e concordo com o acima exposto.

Bauru, 02 de 03 de 20 20

CPF: 909.124.478-19

RG: 47.140.585-19

Lucas Reis
Assinatura do paciente/Responsável