

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

LÍVIA THAINÁ MONTEIRO DE SOUZA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS: O LIMITE ENTRE
RESINA COMPOSTA E CERÂMICA

BAURU

2022

LÍVIA THAINÁ MONTEIRO DE SOUZA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS: O LIMITE ENTRE
RESINA COMPOSTA E CERÂMICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia - Centro Universitário
Sagrado Coração.

Orientador: Prof^a Dra. Giovanna Speranza
Zabeu

BAURU

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

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

S719r	<p>Souza, Lívia Thainá Monteiro de</p> <p>Reabilitação estética com laminados cerâmicos: o limite entre resina composta e cerâmica/ Lívia Thainá Monteiro de Souza. -- 2022. 28f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Giovanna Speranza Zabeu</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Cerâmica. 2. Estética dentária. 3. Lentes de contato. 4. Facetas dentárias. I. Zabeu, Giovanna Speranza. II. Título.</p>
-------	---

Elaborado por Lidiane Silva Lima - CRB-8/9602

LÍVIA THAINÁ MONTEIRO DE SOUZA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS: O LIMITE ENTRE
RESINA COMPOSTA E CERÂMICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia - Centro Universitário
Sagrado Coração.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Giovanna Speranza Zabeu (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof.^a Dra. Karin Cristina da Silva Modena
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro
Centro Universitário Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a **Deus**, aos meus pais **Vera Lúcia** e **Carlos Alberto**, que não mediram esforços para me ajudar e me apoiaram em toda minha trajetória acadêmica.*

*Aos meus irmãos **Aline Cristina** e **Carlos Eduardo**, que sempre me motivaram a realizar este sonho.*

*A todos os **professores da graduação** que dividiram seus conhecimentos para que eu possa vir a ser uma excelente profissional.*

*Agradeço a minha orientadora professora doutora **Giovanna Zabeu**, que sempre esteve disponível para me auxiliar e tirar todas minhas dúvidas, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.*

RESUMO

Um tratamento reabilitador estético visa restabelecer função e a harmonia de um sorriso, sendo os materiais resinosos e cerâmicos mais indicados para esta finalidade. Apesar da resina composta apresentar propriedades mecânicas e estéticas altamente satisfatórias, casos em que o paciente apresenta distúrbios oclusais e necessidade frequente de reparo passam a ser uma limitação do material, sendo indicado o uso dos laminados cerâmicos. Desta forma, o objetivo deste relato de caso é apresentar uma substituição de facetas de resina composta após diversas tentativas de reparo, por laminados cerâmicos de dissilicato de lítio. Paciente do sexo masculino, 28 anos, compareceu à clínica insatisfeito com a estética pelo seu sorriso. Durante exame clínico, observou a presença de facetas de resina composta com fraturas nas regiões incisais, manchamento e porosidade superficial. Paciente relatou que havia realizado o tratamento estético para fechamento de diastema e reanatomização dos dentes 13 ao 23 há aproximadamente 4 anos e, durante o período, necessitou da realização de reparos frequentes devido a fraturas das bordas incisais pelo apertamento durante o sono. O tratamento de escolha foi a substituição das resinas por laminados cerâmicos. Após encerramento diagnóstico e mock-up, o preparo foi realizado utilizando pontas diamantadas, utilizando guias de desgaste para preparos de até 0,5mm. As peças foram testadas a seco, úmido e com pasta de prova try-in, selecionando o cimento Calibra Veneer. Após preparo das peças e dos dentes, as peças foram cimentadas e os excessos retirados. Após controle de um mês, as peças apresentavam boa adaptação e o paciente apresentava saúde gengival adequada, além de alta satisfação estética. Além disso, foi instalada uma placa interoclusal para uso durante o sono. Conclui-se que os laminados cerâmicos apresentam estabilidade e harmonia estética com os tecidos bucais, devolvendo função e harmonia no sorriso, além de satisfação para o paciente.

Palavras-chave: Cerâmica. Estética Dentária. Facetas dentárias. Lentes de contato.

ABSTRACT

An aesthetic rehabilitative treatment aims to restore the function and harmony of a smile, with resinous and ceramic materials being the most suitable for this purpose. Despite the composite resin presenting highly satisfactory mechanical and aesthetic properties, cases in which the patient presents occlusal disorders and frequent need for repair become a limitation of the material, and the use of ceramic veneers is indicated. Thus, the objective of this case report is to present a replacement of composite resin veneers after several repair attempts, by ceramic laminates of lithium disilicate. Male patient, 28 years old, attended the clinic dissatisfied with the aesthetics of his smile. During clinical examination, he observed the presence of composite resin facets with fractures in the incisal regions, staining and surface porosity. The patient reported that he had undergone aesthetic treatment for diastema closure and reanatomization of teeth 13 to 23 approximately 4 years ago and, during this period, required frequent repairs due to fractures of the incisal edges due to clenching during sleep. The treatment of choice was the replacement of resins by ceramic laminates. After diagnostic waxing and mock-up, the preparation was performed using diamond burs, using wear guides for preparations of up to 0.5 mm. The pieces were tested dry, wet and with try-in test paste, selecting Calibra Veneer cement. After preparing the pieces and teeth, the pieces were cemented and the excesses removed. After a month's control, the pieces showed good adaptation and the patient had adequate gingival health, in addition to high aesthetic satisfaction. In addition, an interocclusal splint was installed for use during sleep. It is concluded that the ceramic laminates present stability and aesthetic harmony with the oral tissues, restoring function and harmony in the smile, in addition to patient satisfaction.

Keywords: Ceramics. Dental esthetics. Dental veneers. Contact lenses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A- Foto inicial do sorriso. B – Avaliação intraoral, onde é possível observar a presença de restaurações em resina composta nos dentes 13 ao 23, com manchamento e rugosidade superficial.....	11
Figura 2: Confeção de mock-up em resina bisacrílica Protemp™ 4 (3M ESPE) na cor B1, para verificação de forma e guias de desoclusão.....	12
Figura 3: A- Confeção da canaleta cérvico-proximal com a ponta diamantada 1014 posicionada a 45º com relação ao longo eixo do dente com profundidade de 0,6mm. B- Canaletas horizontais preparadas com a ponta anelada 4142, com 0,5 de diâmetro. C– Finalização das canaletas de orientação, seguindo a inclinação dos terços cervical, médio e incisal. D- Após união das canaletas, confeccionando o término gengival com ponta diamantada 3216 em baixa rotação.....	13,14
Figura 4: A- Avaliação final dos preparos dos dentes 14 ao 24.....	15
Figura 5: Avaliação final do preparo após acabamento, e seleção da cor da peça cerâmica de dissilicato de lítio	15
Figura 6: Prova das peças de dissilicato de lítio com try-in, selecionando o cimento Calibra Veneer cor Trans (Dentsply-Sirona).....	16
Figura 7: A- Aspecto final do sorriso 1 mês após a cimentação. B - Foto intraoral evidenciando adaptação das lentes cimentadas, assim como a remoção completa dos excessos de cimento.....	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS.....	10
3	RELATO DE CASO	11
4	DISCUSSÃO	18
5	CONCLUSÃO	20
6	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A busca pela naturalidade do sorriso e a harmonia dos dentes anteriores são procedimentos altamente procurados nos consultórios odontológicos e, devido à evolução dos materiais odontológicos, procedimentos estéticos com alta taxa de sucesso e longevidade clínica se tornaram possíveis. A estética dental é um conceito altamente subjetivo que se refere a tudo que pode ser percebido como agradável, intuitivo e belo pelos sentidos. Está relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos, que se alteram em função do tempo. (BELLO, JARVIS, 1997; BEIER et al., 2012). Os dentes anteriores têm importância decisiva na estética facial e, em função disso, são extremamente valorizados pelos pacientes, que desejam clarear e melhorar a forma, o tamanho e/ou a posição de seus dentes (BARATIERI et al., 2001) E esse aumento da procura por tratamentos estéticos, atrelado com a evolução dos materiais restauradores adesivos, tem levado ao surgimento de diferentes técnicas e novos protocolos clínicos.

Entre os procedimentos estéticos para devolução de forma e cor aos dentes, o mais realizado é a faceta e laminados cerâmicos. A faceta é o recobrimento da face vestibular do esmalte dental por um material restaurador, fortemente unido ao elemento dentário por meio de sistemas adesivos (ALENCAR et al., 2014). As facetas podem ser confeccionadas de duas formas distintas: direta, onde é confeccionado com resina composta, ou indireta, onde é feita com resina composta ou cerâmica e necessita de etapas laboratoriais.

As facetas de resina composta podem ser utilizadas adequadamente para modificação de cor, forma, posição e textura dos dentes anteriores. No entanto, esse material é susceptível às alterações de cor, ao desgaste e às fraturas, o que restringe o seu resultado estético ao longo do tempo. Para compensar tais limitações, foram então propostos os laminados e facetas cerâmicas (BARATIERI et al., 2001).

Os laminados cerâmicos estão entre as restaurações que melhor se encaixam nos princípios da odontologia estética atual, pois são compatíveis com o periodonto, possuem alta resistência, estabilidade de cor, coeficiente de expansão térmica semelhante ao esmalte e conservam uma proporção significativa de esmalte natural (ANUSAVICE, 1993; TOUATI et al, 2000; BEIER et al., 2012). O avanço no desenvolvimento de materiais restauradores indiretos como as vitrocerâmicas tem proporcionado mudanças importantes no planejamento da estética branca, cuja

melhoria das propriedades mecânicas possibilitaram técnicas conservadoras de mínimo ou nenhum desgaste dental (ANUSAVICE, 1993, GRACIS et al., 2016). Além disso, há o aperfeiçoamento das propriedades ópticas, otimizando a obtenção de resultados biomiméticos, evitando o envolvimento de todos os dentes anteriores superiores para a conquista da estética ideal. Aliando isso à estabilidade de cor e longevidade clínica desses materiais, esses são uma ótima alternativa restauradora para reabilitações estéticas complexas e desafiadoras (BRACKETT et al., 1997; LIEN et al., 2015; GRACIS et al., 2016)

Para obter sucesso no tratamento restaurador indireto, é necessário que o profissional possua conhecimento da técnica operatória, das características de cada sistema indireto, cor, anatomia dentária, dentre outros fatores. A execução das restaurações cerâmicas tem sido popularizada e a demanda aumentou consideravelmente entre os dentistas e laboratórios de próteses. Isto é consequência do aprimoramento das propriedades físicas das cerâmicas odontológicas, estabelecimento das técnicas adesivas e aperfeiçoamento dos profissionais (GUESS; STAPPERT, 2008). O plano de tratamento deve ser decidido sempre junto ao paciente e é de extrema importância considerar aspectos das limitações das técnicas e dos materiais restauradores, além dos aspectos voltados para o paciente, como a idade, custo, grau de exigência estética, alterações e distúrbios oclusões, entre outros.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de retratamento de restaurações estéticas dos dentes 13 ao 23 de resina composta, substituídas por laminados cerâmicos dos dentes 14 ao 24.

3 RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 28 anos, procurou atendimento odontológico no curso clínico de estética do Instituto Cecília Veronezi (Bauru, SP, Brasil) devido a insatisfação com a estética do seu sorriso, principalmente pelo formato dos dentes. Durante anamnese, paciente relatou que apresentava espaço entre vários dentes anteriores e havia quebrado o dente 11 durante trauma na infância. Todos foram restaurados com resina composta há aproximadamente 5 anos. Entretanto, nesses 5 anos, a resina havia trincado na região incisal nos caninos e incisivos centrais, tendo feito reparo diversas vezes. Além disso, se queixou pelo escurecimento das resinas ao longo do tempo, por ingerir alimentos com corantes, como café e chá, em alta quantidade.

Durante exame intraoral, observou-se a presença de restaurações estéticas insatisfatórias entre os dentes 13 ao 23, com manchamento e rugosidade superficial, além de falta de anatomia (Figuras 1A e 1B). Diante da condição clínica e do relato do paciente, definiu-se o plano de tratamento em substituição das restaurações de resina composta por laminados cerâmicos.

Figura 1: A- Foto inicial do sorriso. B – Avaliação intraoral, onde é possível observar a presença de restaurações em resina composta nos dentes 13 ao 23, com manchamento e rugosidade superficial.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Inicialmente, uma moldagem da arcada superior e inferior com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine, Itália) foi realizada e enviada ao protético para confecção do enceramento diagnóstico dos dentes 14 ao 24. Em sessão seguinte, um guia de silicone de condensação laboratorial (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, Itália) foi realizado sobre o modelo encerado para confecção do ensaio restaurador (mock-up). A guia foi recortada na região cervical e ameias para evitar

excessos e manter o correto contorno gengival obtido no enceramento. Em seguida, uma resina bisacrílica (Protemp™ 4, 3M ESPE, St Paul, MN, EUA) foi manipulada e inserida nas faces vestibulares do guia de silicone e levada em posição na arcada superior por 4 minutos. Nesse tempo, excessos da resina não polimerizados na região cervical foram removidos com microbrush e gaze. Após os 4 minutos, a guia foi removida de posição e o ensaio restaurador foi avaliado. Excessos remanescentes foram desgastados com ponta diamantada de granulação fina em baixa rotação e multiplicadora e o acabamento foi dado com borrachas abrasivas (Figura 2). Após aprovação de forma e tamanhos dos dentes pelo profissional e paciente, a resina bisacrílica foi removida e o preparo foi iniciado.

Figura 2: Confeção de mock-up em resina bisacrílica Protemp™ 4 (3M ESPE) na cor B1, para verificação de forma e guias de desocclusão.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

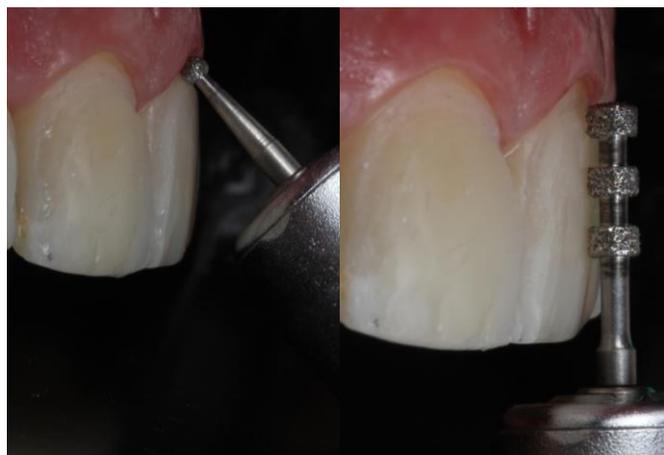
Para realizar os desgastes de forma controlada, duas guias de desgastes foram confeccionadas sobre modelo encerado. A guia de desgaste vestibular foi confeccionada com silicone de adição densa (Scan Putt, Yllor, Pelotas, RS, Brasil). Moldou-se a região vestibular do enceramento, dos dentes 15 ao 25, e a guia foi cortada de forma perpendicular ao longo eixo dos dentes, confeccionando-se orientações de desgaste nos 3 terços do dente (incisal, médio e cervical). A segunda guia foi realizada com silicone de condensação laboratorial (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, Itália) na região palatina e incisal dos dentes, para servir de guia de redução incisal.

Como os dentes 13 ao 23 apresentavam grande volume devido a presença das restaurações em resina composta, os preparos foram confeccionados na forma de faceta convencional, com desgaste em torno de 0,6mm. Para isso, canaletas cérvico-

proximais foram realizadas com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, São Paulo, SP, Brasil), com profundidade de desgaste de 0,6mm, referente a meia ponta ativa da ponta, com inclinação de 45° graus com relação à face vestibular (Figura 3A). Para confecção das canaletas de orientação de desgaste, optou-se por utilizar a ponta diamantada anelada 4142 (KG Sorensen, São Paulo, SP, Brasil) para confecção de guias de desgaste horizontais de 0,5mm, diâmetro total da ponta diamantada (Figura 3B). O dente foi dividido nos 3 terços e os desgastes eram realizadas na inclinação dos terços indicados (Figura 3C). Em seguida, a metade distal do preparo foi unida com a ponta diamantada 3216 (KG Sorensen, São Paulo, SP, Brasil) e a outra metade serviu de guia para a espessura de desgaste. Na sequência, a união dos sulcos de orientação mesial foram realizados com a ponta 3216.

O término cervical foi levado ao nível gengival com a ponta diamantada 3216, seguindo o contorno da gengiva até a região da papila, levando o término para as regiões proximais, escondendo a linha de cimentação (Figura 3D). Em regiões proximais muito pequenas, onde o diâmetro da ponta impede o correto desgaste, a ponta diamantada 3203 também foi empregada.

Figura 3: A- Confecção da canaleta cérvico-proximal com a ponta diamantada 1014 posicionada a 45° com relação ao longo eixo do dente com profundidade de 0,6mm. B- Canaletas horizontais preparadas com a ponta anelada 4142, com 0,5 de diâmetro. C – Finalização das canaletas de orientação, seguindo a inclinação dos terços cervical, médio e incisal. D- Após união das canaletas, confeccionando o término gengival com ponta diamantada 3216 em baixa rotação.





Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Para confecção dos preparos das lentes nos dentes 14 e 24, como eles não apresentavam restaurações em resina composta e estavam levemente lingualizados com relação aos dentes anteriores, não houve necessidade de desgaste de 0,6mm. A primeira etapa foi reposicionar as arestas proximais para o centro do dente e remover regiões de retenção e convexidade da face vestibular, com ponta diamantada 3216. Um pequeno desgaste foi realizado na cervical para que a linha de cimentação fique no nível gengival e escondida na proximal, além de evitar sobre contorno cervical. Para isso, a ponta diamantada 3216 ou 3203 foi apoiada seguindo o contorno gengival e um leve desgaste foi realizado até a região proximal, seguindo o contorno da papila.

Por fim, as incisais foram regularizadas com discos de granulação grossa e média (Sof-lex Pop On, 3M ESPE, St Paul, MN, EUA). Os desgastes vestibulares e incisais foram verificados com os guias de silicone confeccionados previamente. Pequenos desgastes necessários após avaliação na guia foram realizados com pontas diamantadas ou discos de granulação grossa em baixa rotação. O contato proximal foi liberado com uma lixa diamantada (Diamond Strip, TDV, Pomerode, SC, Brasil) e o arredondamento dos ângulos e acabamento do preparo foram feitos com discos diamantados de granulação média (Sof-lex Pop On, 3M ESPE, St Paul, MN, EUA), borracha abrasiva (One Gloss, Shofu, Kyoto, Japão) e escova impregnada com carbeto de silício (Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil). O resultado do preparo se encontra na figura 4.

Figura 4: A- Avaliação final dos preparos dos dentes 14 ao 24.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Para moldagem foi selecionada a silicone de adição pesada e leve (Express XT, 3M ESPE, St Paul, MN, EUA) e a técnica escolhida foi da dupla moldagem, onde inicialmente é realizada a moldagem com o material na consistência pesada utilizando alívio de papel celofane, confeccionando uma moldeira individual. Após o tempo de reação de presa de 4 minutos, uma nova moldagem foi realizada com o material na consistência leve. Por serem preparos ao nível gengival, não houve a necessidade de utilizar fio de retração gengival para moldagem. Um registro da mordida foi realizado com silicone de adição para registro (Occlufast Rock, Zhermack, Badia Polesine, Itália). A escolha das peças de dissilicato de lítio (E-max Ceram, Ivoclar-Vivadent, Schaan, Liechtenstein) foi BL4 (Figura 5). Além disso, como a paciente não apresentava sensibilidade ou incômodo estético, não foi necessária a confecção de facetas provisórias.

Figura 5: Avaliação final do preparo após acabamento, e seleção da cor da peça cerâmica de dissilicato de lítio



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Em segunda sessão, realizou-se a cimentação das peças cerâmicas. Primeiramente, as provas da peça cerâmica foram realizadas na forma seca, úmida e com pasta de teste do tipo try-in, com o objetivo de verificar a adaptação da peça e a seleção do cimento resinoso (Figura 6). O cimento resinoso escolhido foi o Calibra Veneer (Dentsply-Sirona, York, Pensilvânia, EUA) na cor Trans. Inicialmente, realizou-se o preparo interno da peça com esfregação de álcool 70%, aplicação de ácido fluorídrico a 5% (Condac, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos, lavagem por 20 segundos, aplicação de ácido fosfórico 37% (Condac, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 15 segundos, lavagem por 20 segundos, aplicação do silano por 5 minutos passivos (Prosil, FGM, Joinville, SC, Brasil), e aplicação da etapa do adesivo de um sistema adesivo autocondicionante (FL Bond II, Shofu, Kyoto, Japão).

O substrato foi preparado sob isolamento absoluto modificado. Primeiramente, foi realizada profilaxia com pedra pomes, para remover de película adquirida e detritos na superfície. Na sequência, realizou-se condicionamento seletivo em esmalte com ácido fosfórico 37% (Condac, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos, lavagem por 20 segundos, secagem com papel absorvente, aplicação do sistema adesivo Ambar APS (FGM, Joinville, SC, Brasil) e fotoativação por 20 segundos em cada elemento com o fotopolimerizador LED Rádi-Cal 1000mW/cm² (SDI, Cologne, North Rhine-Westphalia, Alemanha).

Figura 6: Prova das peças de dissilicato de lítio com try-in, selecionando o cimento Calibra Veneer cor Trans (Dentsply-Sirona)



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

O cimento selecionado foi inserido na parte interna da peça e posicionada no dente preparado. Os excessos de cimento foram removidos com microbrush e tira de poliéster na região proximal. O cimento Calibra Veneer apresenta uma fase pós-gel

aumentada, permitindo uma fotoativação inicial de 3 a 5 segundos para remoção dos excessos cervicais e proximais em forma de gel, facilitando a remoção dos excessos. Na sequência, a polimerização final foi feita por 40 segundos em cada face dos dentes.

Após remoção do isolamento, os excessos remanescentes foram removidos com lâmina de bisturi 12 e tira serrilhada diamantada (Diamond Strip Serrilhada, TDV, Pomerode, SC, Brasil). Ajustes oclusais foram realizados com ponta diamantada em baixa rotação. Após 1 mês, foi realizado o controle da cimentação, mostrado na figura 7.

Figura 7: A- Aspecto final do sorriso 1 mês após a cimentação. B - Foto intraoral evidenciando adaptação das lentes cimentadas, assim como a remoção completa dos excessos de cimento.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

4 DISCUSSÃO

Diante do desafio de planejar casos estéticos complexos, depois do conhecimento e domínio da técnica, o grande diferencial para atingir a excelência está na extração de dados diagnósticos relevantes que possam guiar as fases subsequentes do tratamento, objetivando a estética ideal dentro das possibilidades determinadas pela função e a biologia (ISHIKIRIAMA et al., 2012; PINTO et al., 2013). Diversas alterações de forma, posição e cor dos dentes são encontradas na prática clínica diária e o desafio principal do profissional é identificar quais são os fatores relevantes a serem considerados diante da escolha do plano de tratamento.

Dentre diversas alterações estéticas existentes, estão os diastemas dentários, que são espaços entre os dentes relacionados a ausência ou lacuna entre os contatos proximais (BOLTON, 1958; HUANG, CREATH, 1995). Para o tratamento dos diastemas dentários é necessário um planejamento minucioso e individual e, em algumas situações clínicas, abordagens exclusivamente ortodônticas podem ser realizadas. Quando o tamanho e volume dos dentes estão alterados, mesmo após o tratamento ortodôntico, a estética facial pode ser prejudicada, com a presença de espaços (HUANG, CREATH, 1995; CHU et al., 2007).

Uma alternativa para corrigir discrepâncias no tamanho e no formato dos dentes e realizar o fechamento dos diastemas é o tratamento com restaurações diretas de resina composta, procedimento conservador e minimamente invasivo, onde é realizado apenas o acréscimo de materiais restauradores, sem necessidade de desgastes das estruturas dentais (WILLHITE et al., 2005; SCOTTI et al., 2019; ISHIKIRIAMA et al., 2021). Entretanto, a resina composta apresenta limitações como alterações de cor, susceptibilidade ao desgaste e às fraturas, o que restringe o seu resultado estético ao longo do tempo.

Uma alternativa a isso, se encontram as cerâmicas odontológicas. As cerâmicas oferecem índices de sucesso estimado em mais de 10 anos de longevidade clínica, contribuindo também na manutenção do periodonto saudável (BEIER et al., 2012). O sistema utilizado (E.max Press, Ivoclar Vivadent) apresenta propriedades de resistência flexural e ao desgaste superior ao das cerâmicas tradicionais (>300 Mpa), conferindo maior rapidez e facilidade operacional ao ceramista. Embora apresente baixo índice de refração e alto conteúdo cristalino, oferece ampla variedade de cores, opacidade e translucidez suficientes para restituir características de regiões das

bordas incisais com diferentes nuances de cor (ANUSAVICE, 1993, BRACKETT et al., 2008; GRACIS et al., 2016)

Para a indicação de peças finas (facetadas cerâmicas) ou ultrafinas (laminados cerâmicos), deve-se ressaltar que o sucesso dessas restaurações é atribuído à correta seleção do material cerâmico, uma vez que o grau de translucidez do sistema deve se basear na cor do substrato e no espaço protético proporcionado pelo preparo, principalmente, no caso de laminados cerâmicos cujas espessuras mínimas e a ausência de preparo revelam quase por completo a saturação e o valor do substrato subjacente (ALENCAR et al., 2014; LI et al., 2014)

No intuito de preservar a estrutura dental presente, a opção de cimentação da peça sobre parte da restauração em resina composta é uma alternativa viável, uma vez que a inclusão dessa no preparo acarretaria a perda de estrutura sadia de toda a face vestibular e/ou palatina para confecção de faceta ou coroa (D'ARCANGELO et al., 2012; FRANCISCONI et al., 2012)

Dessa forma, existem parâmetros para guiar o correto diagnóstico e plano de tratamento, e assim devemos utilizar a técnica de acordo com cada situação clínica. Cabe ao profissional planejar junto ao seu paciente e frente às novas possibilidades de materiais e técnicas, o melhor tratamento restaurador, seguindo minuciosamente as etapas de cada procedimento e melhorando, assim, o desempenho clínico dos materiais existentes e obtendo resultados estéticos e funcionais com a maior preservação de estrutura dental sadia.

5 CONCLUSÃO

O presente relato de caso clínico mostrou que os laminados cerâmicos permitem excelentes resultados estéticos e funcionais, sendo que o conhecimento da técnica operatória e dos materiais restauradores é de fundamental importância para o planejamento e execução da reabilitação. Além disso, o adequado planejamento proporciona resultados previsíveis e com alta satisfação estética.

6 REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.S. et al. Reestablishment of esthetics with minimum thickness veneers: a one-year follow-up case report. **Quintessence Int**, v. 45, n. 7, p. 595-597, 2014.

ANUSAVICE, K.J. Recent developments in restorative dental ceramics. **J Am Dent Assoc**, v. 124, n. 2, p. 72-74, 1993.

BARATIERI, L.N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos; 2001, cap.7: 463- 482.

BEIER, U.S. et al. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. **Int J Prosthodont**, v. 25, p. 79-5, 2012.

BELLO, A.; JARVIS, R.H. A review of esthetic alternatives for the restoration of anterior teeth. **J Prosthet Dent**, v. 78, n. 5, p. 437-440, 1997.

BOLTON, W.A. Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion. **Angle**, v. 28, n. 3, p. 113-120, 1958.

BRACKETT, M.G. et al. In vitro cytotoxic response to lithium disilicate dental ceramics. **Dent Mater**, v. 24, n. 4, p. 450-456, 2008.

CHU, S.J. Range and mean distribution frequency of individual tooth width of the maxillary anterior dentition. **Pract Proced Aesthet Dent**, v. 19, n. 4, p. 209-215, 2007.

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

FRANCISCONI, L.F. et al. Multidisciplinary approach on the establishment and maintenance of an esthetic smile a nine-year follow-up case report. **Quintessence Int**, v. 43, p. 853-858, 2012.

GRACIS, S. et al. A new classification system for all-ceramic and ceramic-like restorative materials. **Int J Prosthodont**, v. 28, n. 3, p. 227-235, 2015.

GUESS, P.C.; STAPPERT, C.F. Midterm results of a 5-year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. **Dent Mater**, v. 24, n. 6, p. 804-813, 2008.

HUANG, W.J.; CREATH, C.J. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. **Pediatr Dent**, v. 17, n. 3, p. 171-179, 1995.

ISHIKIRIAMA S.K. et al. Tratamento restaurador integrado. **Full Dent Sci**, v. 3, p.208-2015, 2012.

ISHIKIRIAMA, S.K. et al. A Suggested Technique to Restore a Stable and Tight Contact Point in Diastema Closure. **Oper Dent**, v. 46, n. 2, p. 136-142, 2021.

LI, Z. et al. A three- dimensional finite element study on anterior laminate veneers with diferente incisal preparations. **J Prosthet Dent**, v. 112, p. 325-333, 2014.

LIEN, W. et al. Microstructural evolution and physical behavior of a lithium disilicate glass-ceramic. **Dent Mater**, v. 8, p. 928-940, 2015.

PINTO, R.C. et al. Minimally invasive esthetic therapy: a case report describing the advantages of a multidisciplinary approach. **Quintessence Int**, v. 44, n. 5, p. 385-391, 2013.

SCOTTI, C.K. et al. Abordagem restauradora estética e conservadora para o fechamento de diastemas múltiplos após tratamento ortodôntico: relato de caso. **Clin Lab Res Dent**, v. 149526, p. 1-10, 2019.

WILLHITE, C. Diastema closure with freehand composite: controlling emergence contour. **Quintessence Int**, v. 36, n. 2, p. 138-140, 2005.