

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

GIOVANNA PAOLILLO NEME

**POSSIBILIDADES CIRÚRGICAS OTIMIZANDO
A ESTÉTICA UTILIZANDO LENTES DE
CONTATO CERÂMICAS**

BAURU
2016

GIOVANNA PAOLILLO NEME

**POSSIBILIDADES CIRÚRGICAS OTIMIZANDO
A ESTÉTICA UTILIZANDO LENTES DE
CONTATO CERÂMICAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.

BAURU
2016

Neme, Giovanna Paolillo

N433p

Possibilidade cirúrgica otimizando a estética utilizando lentes de contato cerâmicas / Giovanna Paolillo Neme. -- 2016.
27f. : il.

Orientador: Prof. Dr. José Fernando Scarelli Lopes.
Coorientador: Rafael D'Aquino Tavano.

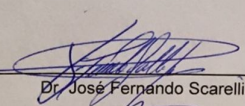
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

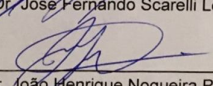
1. Lentes de contato. 2. Facetas. 3. Restauração estética. 4. Inter-relação perio-prótese. 5. Cirurgia periodontal. I. Lopes, José Fernando Scarelli. II. Tavano, Rafael D'Aquino. III. Título.

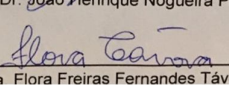
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Giovanna Paolillo Neme.

Ao dia cinco de dezembro de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Giovanna Paolillo Neme intitulado: "**Possibilidades cirúrgicas otimizando a estética utilizando lentes de contato cerâmicas**". Compuseram a banca examinadora os professores Dr. José Fernando Scarelli Lopes, Dr. João Henrique Nogueira Pinto e Dra. Flora Freiras Fernandes Távora. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADA com a nota 1,00 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.


Dr. José Fernando Scarelli Lopes (Orientador)


Dr. João Henrique Nogueira Pinto (Avaliador 1)


Dra. Flora Freiras Fernandes Távora (Avaliador 2)

Dedico esse trabalho aos meus pais, Calil
e Adriana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por Ele me permitir estar vivenciando esse momento único em minha vida, aos meus pais por confiarem em mim, me darem o apoio necessário durante esses anos, me mostrando que o amor supera qualquer dificuldade. Afinal, os obstáculos da vida são constantes, mas depende da nossa força de vontade e luta para superá-los.

Aos meus amigos e namorado que sem eles nada disso seria possível, pois foi com eles que procurei a força necessária quando me senti fraca.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Fernando Scarelli, sem ele nada disso seria possível, meu sonho não teria se tornado realidade.

Ao coorientador Prof. Dr. Rafael D'Aquino Tavano pelos seus aprendizados e tratamento comigo.

Agradeço os meus orientadores Prof. Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora, Prof. Dr. João Henrique Nogueira Pinto pelos quatro anos podendo compartilhar, aprender, vivenciar momentos inesquecíveis ao lado de mestres como vocês.

O meu muito obrigada a todos que contribuíram para eu poder dar um passo adiante, subir um degrau da escada da vida. Gratidão!

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

(Dalai Lama)

RESUMO

As facetas e lentes de contato cerâmicas se destacam na Odontologia por conta de suas propriedades ópticas e longevidade. Elas restauram a camada de esmalte perdida, devolvendo a resistência intrínseca do dente preparado e apresentam uma boa estabilidade de cor. São unidas intimamente à superfície dental permitindo uma grande satisfação ao paciente. Esse trabalho tem como principal função mostrar a importância de um planejamento, a necessidade de seguir todas as etapas e a correta indicação. Abaixo será citado um relato de caso clínico, onde a paciente se queixava de seu sorriso demasiadamente exposto, forma dos dentes indesejados e insatisfação com as restaurações de resina composta antiga, no qual foi realizado uma série de cuidados previamente ao resultado final.

Palavras-chave: Faceta. Porcelana. Lente de contato.

ABSTRACT

Facets and ceramic contact lenses stand out in dentistry because of their optical properties and longevity. They restore the lost enamel layer, returning the intrinsic resistance of the prepared tooth, and exhibit good color stability. They are intimately attached to the dental surface allowing great satisfaction to the patient. This work has as main function to show the importance of a planning, the need to follow all the steps and the correct indication. A case report will be cited below, where the patient complained about her overly exposed smile, unwanted teeth shape and dissatisfaction with the old composite resin restorations, in which a series of care was carried out prior to the final result.

Keywords: Facet. Porcelain. Contact lens.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Vista frontal do paciente – características do tecido gengival e forma dos dentes	13
Figura 2 - Vista frontal – antes do tratamento cirúrgico e protético	13
Figura 3 - Vista em 45º e frontal realizadas previamente a cirurgia periodontal	14
Figura 4 - Estudo dos modelos	15
Figura 5 - Demarcação da trajetória para bisel inverso, realizado com sonda milimetrada	15
Figura 6 - Remoção tecido gengival cervical.....	16
Figura 7 - Retalho parcial com lâmina 15C	16
Figura 8 - Remoção do colar obtido pelo contra bisel feito com as curetas de Gracey	17
Figura 9 - Remoção da margem do tecido ósseo com cinzel.....	17
Figura 10 - Frenectomia labial.....	18
Figura 11 - Vista frontal do resultado final pós-cirurgia periodontal de gengival e freio labial	18
Figura 12 - Vista frontal do resultado após 40 dias de cirurgia periodontal.....	19
Figura 13 - Vista frontal do antes da cirurgia e resultado final após 3 meses	20
Figura 14 - Matriz feita com silicone de condensação.....	21
Figura 15 - Preparo dos dentes.....	21
Figura 16 - Desgastes dos dentes realizados	22
Figura 17 - Moldagem com silicona leve e pesada	22
Figura 18 - Facetas E-max aplicada sobre o modelo de gesso preparado	23
Figura 19 - Sistema adesivo sem fotoativação.....	23
Figura 20 - Cimentação da cerâmica	23
Figura 21 - Antes (A e B) e depois (C e D) das cimentações das facetas.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
3	OBJETIVOS	12
3.1	OBJETIVO GERAL.....	12
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
4	RELATO DE CASO	13
5	DISCUSSÃO	25
6	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia atual vem aprimorando conhecimentos em suas diversas áreas, porém quando se fala em estética, percebe-se um maior salto evolutivo nas últimas décadas. A exigência de um sorriso perfeito virou um quesito não só para aqueles que necessitam de uma reabilitação oral, mas aos demais. Consequentemente, a procura por materiais estéticos livres de metais tem se destacado no cenário das pesquisas científicas, como é o caso das cerâmicas que buscam uma maior translucidez resultando em uma melhor transição entre o tecido gengival, gengiva e restauração. Com essa finalidade, os materiais disponíveis no mercado odontológico podem oferecer a possibilidade de realização das chamadas próteses “*Metal Free*”. Dentre elas, podemos mencionar as: Coroas totais, *inlays*, *onlays*, facetas laminadas e lentes de contato cerâmicas. Em busca de materiais que necessitam de propriedades, tais como a translucidez, biocompatibilidade e resistência, surgiu no mercado a cerâmica reforçada pelo dissilicato de lítio. Dentro dessa evolução estética, não se pode deixar de lado o constante aprimoramento dos cimentos odontológicos resinosos e sistema adesivo que contribui 100% para o sucesso de uma reabilitação. Não só o material possui a relevância do sucesso no final do tratamento, mas também a possibilidade cirúrgica otimizando a estética, como é o caso da gengivectomia e gengivoplastia, cirurgias ligadas ao aumento de coroa clínica ou tratamento para doenças gengivais possuindo como objetivo harmonizar a face, diminuir o sorriso gengival e melhorar o contorno da gengiva com os dentes. Não deverá ser indicada a pacientes que possuem uma má higiene. Sabendo disso, torna-se pertinente o trabalho demonstrando quais as indicações, plano de tratamento, materiais utilizados e o caso finalizado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O precursor da Odontologia é nomeado Pilkington (1936), o qual definiu a estética dentro da Odontologia como a ciência de copiar ou harmonizar as restaurações com a estrutura dental, de modo que seja um trabalho imperceptível. Buonocore (1955) criou uma nova perspectiva diante dos maiores problemas da Dentística Restauradora da época, como a falta de adesão do material restaurador a estrutura dentária, levando a uma infiltração marginal, descoloração marginal, fratura marginal, reincidência de cárie, sensibilidade pós-operatória e reações pulpares. Com isso, surgiu por meio dele, a técnica do condicionamento ácido do esmalte, que possui a função de descalcificar e criar poros no esmalte, resultando em um maior embricamento mecânico. Bowen (1963) juntou a resina epóxica com a resina acrílica, dando origem ao BISGMA (bisfenol glicidil metacrilato). Na década de 70, a Odontologia sofreu um avanço em relação aos materiais restauradores, conceitos de preparo e restauração visando a preservação da estrutura dentária. Cooley (1974 apud MANDARINO, 2003) foi o primeiro Cirurgião-Dentista a recobrir a face vestibular de um dente anterior para a recuperação da estética dental. Faunce e Faunce (1975) propôs o uso de facetas de resina acrílica em faces vestibulares de dentes refratários para tratamento clareador prévio, visando um tratamento mais conservador se comparado ao preparo de uma prótese metalo-cerâmica. No mesmo ano, Rochette (1975) descreveu uma técnica de condicionamento da porcelana com o objetivo de se unir à resina composta demonstrando a efetividade do silano nos reparos da porcelana. Já em 1979, as facetas pré-fabricadas de resina acrílica tomaram lugar no mercado odontológico e quatro anos mais tarde, as facetas de porcelana ganharam destaque dentro desse mercado.

A evolução dos materiais odontológicos e a busca pela estética vieram ao encontro com os anseios dos profissionais e pacientes que prezam a beleza de um sorriso culminando dentro da Odontologia um trabalho capaz de se assemelhar ao dos dentes naturais. Porém, além dos materiais envolvidos precisam-se avaliar as características do dente, o tamanho, a forma, posição, cor, proporção e simetria relativa aos elementos que emoldura o dente, como os tecidos moles gengivais e os lábios. O alinhamento perfeito da dentição dentro da moldura é apenas um dos requisitos para se ter ou criar um sorriso ideal.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar revisão de literatura sobre possibilidades cirúrgicas otimizando a estética com lentes de contato cerâmicas.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Relato de caso clínico com objetivo de auxiliar profissionais na correta indicação de cirurgias estéticas periodontais com envolvimento de matérias livre de metais (facetadas e lentes de contato cerâmicas).

4 RELATO DE CASO

Paciente USC, gênero feminino, 21 anos com queixas relativas ao sorriso (exposição demasiada do tecido gengival) e forma dos dentes. (Figura 1).

Figura 1 - Vista frontal do paciente – características do tecido gengival e forma dos dentes



Fonte: Elaborada pela autora.

Devido à quantidade de aparência gengival e formato dos dentes foi planejado para o caso exposto, cirurgia periodontal e lentes de contato cerâmica, devido, também, para correção da forma dos dentes e eliminação de restaurações de resina composta já insatisfatórias pelo tempo de utilização. (Figura 2).

Figura 2 - Vista frontal – antes do tratamento cirúrgico e protético



Fonte: Elaborada pela autora.

No intuito, de se realizar um planejamento reverso, diversos métodos de auxílio diagnóstico foram lançados, como uma sequência de fotografias realizadas de forma padronizada com máquina fotográfica profissional, a fim de se visualizar diferentes posições do sorriso da paciente. Fotos intrabucais, também, foram realizadas com a finalidade de se observar a minúcia do padrão gengival da paciente e a quantidade de mucosa ceratinizada, para a verificação da possibilidade de se realizar um bisel inverso para remoção do excesso de tecido gengival. (Figura 3).

Figura 3 - Vista em 45° e frontal realizadas previamente a cirurgia periodontal



Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda, nesse sentido, modelos de gesso foram, cuidadosamente, realizados para a verificação do formato dos dentes e posicionamento atual da margem gengival para a futura correção. (Figura 4). Não podemos deixar de mencionar a análise de radiografias para avaliação do periodonto de sustentação - fator primordial quando se planeja possível remoção de tecido ósseo com o intuito de aumento da coroa clínica, sem que aconteçam danos à quantidade de implantação das raízes dentais no tecido ósseo. Pode-se ainda ressaltar, que em todos esses artefatos para planejamento, um enceramento diagnóstico pode ser realizado em laboratório, a fim de ajudar na decisão do profissional em quais dentes atuar, na conscientização do paciente dos procedimentos a serem efetuados e o protótipo de sua prótese final. Nesse contexto, pode-se lançar mão, também, de auxílio de programas de computadores para a visualização virtual do plano de tratamento.

Figura 4 - Estudo dos modelos



Fonte: Elaborada pela autora.

Em mãos de todos esses procedimentos prévios, podendo-se dizer, que o tratamento foi iniciado. A paciente foi questionada quanto a sua saúde geral e psicológicas de se submeter a um procedimento cirúrgico que teve em média 3 horas. A cirurgia iniciou-se levando em consideração todos os cuidados com a cadeia asséptica, na qual é padrão em procedimento cirúrgico odontológico. Foi realizada em âmbito clínico e com anestesia local infiltrativa e circular dos dentes 15 ao 25. Inicialmente, uma sondagem com sonda milimetrada periodontal foi realizada em todos os dentes a serem operados. Após a demarcação da profundidade da margem gengival, a medida encontrada foi transportada para a parte externa da mucosa ceratinizada para dar condições da realização das marcações, que foram realizadas perfurando a mucosa com a finalidade de formar uma trajetória para a realização do bisel inverso. (Figura 5).

Figura 5 - Demarcação da trajetória para bisel inverso, realizado com sonda milimetrada



Fonte: Elaborada pela autora.

A conduta pôde ser realizada, pois a paciente tinha uma boa faixa de mucosa ceratinizada como mencionada anteriormente. Após todo o bisel inverso efetuado, foi iniciado o retalho de espessura parcial nos dentes de um hemi-arco para depois ser realizado no outro.

Figura 6 - Remoção tecido gengival cervical



Fonte: Elaborada pela autora.

O retalho de espessura parcial foi realizado (Figura 7) com lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton - England), na qual foi colocada paralela ao tecido ósseo a partir do bisel inverso realizado anteriormente, assim cuidadosamente foi dividido o retalho deixando o perióstio aderido ao tecido ósseo até que a incisão chegue à região de mucosa frouxa para facilitar a manipulação dos tecidos a nível mais apical.

Figura 7 - Retalho parcial com lâmina 15C



Fonte: Elaborada pela autora.

Terminado o retalho dividido ou de espessura parcial o colar de gengival obtido pelo contra bisel é removido com curetas de Gracey (Gracey Hu Friedy - USA). (Figura 8). Nesse momento é possível visualizar a margem do tecido ósseo e a quantidade removida a fim de se obter o aumento da coroa clínica através de cinzéis (Hu Friedy - USA). (Figura 9). Foi avaliado com uma sonda milimétrica periodontal a formação da distância biológica.

Figura 8 - Remoção do colar obtido pelo contra bisel feito com as curetas de Gracey



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 9 - Remoção da margem do tecido ósseo com cinzel



Fonte: Elaborada pela autora.

Esse contorno com cinzéis foi realizado com total critério, pois é nessa fase que conseguimos fazer a escultura da futura posição da margem gengival, passo imprescindível para o sucesso do caso. A proposta de se realizar um hemi-arco de cada vez, possibilita a sutura, e por conta disso, controle do sangramento – hemostasia local.

Um fator que devemos mencionar foi à remoção do freio labial com a intenção de posicionar em uma porção mais apical, ou seja, reinseri-lo a fim de não ser mais visto no sorriso forçado da paciente. (Figura 10 e 11).

Figura 10 - Frenectomia labial



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 11 - Vista frontal do resultado final pós-cirurgia periodontal de gengiva e freio labial



Fonte: Elaborada pela autora.

A sutura foi um processo onde a atenção foi redobrada a fim de se conseguir ancorar o retalho de espessura parcial ou retalho dividido no tecido periosteio que recobre o tecido ósseo. Essa foi a justificativa na qual optamos por tal técnica de retalho, que possibilita a posição mais apical do tecido gengival, escultura por meio de ancoragem promovida e a formação correta do arco côncavo regular, assim como a formação do zênite gengival. Em se tratando da sutura, fios específicos como vicryl 5.0 e 6.0 (Ethicon) devem ser utilizados por serem reabsorvíveis, extremamente finos e possibilitarem tensões adequadas para posição dos tecidos na posição ideal sem que ocorra o rompimento. Posteriormente, o término da sutura do outro hemiarco foi realizado da mesma forma, onde foi medido o tamanho dos dentes já operados para que os mesmos fiquem o mais harmônico possível.

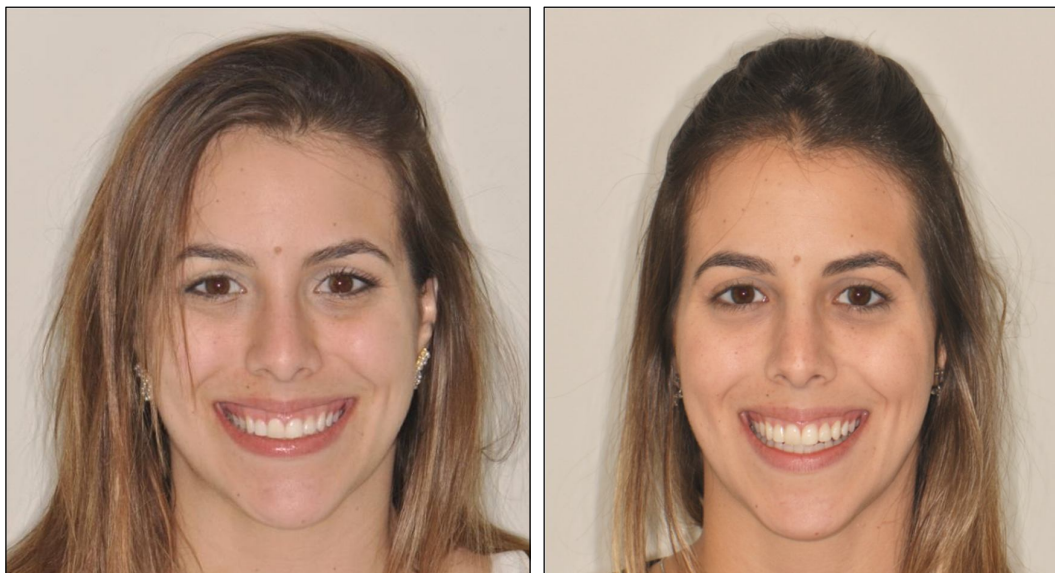
Após o término da cirurgia instruímos a paciente com as restrições e cuidados operatórios. Além da prescrição de analgésico, anti-inflamatório e enxaguante bucal à base de Digluconato de Clorexidina 0,12%. Após três dias foi realizado o primeiro controle a fim de se verificar possíveis áreas inflamadas. Seguindo com os outros controles de forma semanal. (Figura 12).

Figura 12 - Vista frontal do resultado após 40 dias de cirurgia periodontal



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 13 - Vista frontal do antes da cirurgia e resultado final após três meses



Fonte: Elaborada pela autora.

Posteriormente, após um período de três meses foi realizado um planejamento, com intuito de se iniciar a confecção das facetas (incisivos e caninos) e lentes de contato cerâmicas nos pré-molares. Para a realização do preparo dos dentes com finalidade protética, devem-se utilizar pontas diamantadas novas e máxima irrigação a fim de não causar danos ao órgão dental. Um artefato auxiliar para essa conduta foi à inserção da matriz feita com silicóna de condensação (Zetaplus) que ajuda a avaliar a quantidade de desgaste realizado no preparo dental. (Figura 14). Para o preparo mecânico dos dentes envolvidos, foi necessário utilizar uma pasta adstringente de afastamento gengival (3M Espe) para realizar a proteção do tecido. A diferença entre o dente que receberá a lente de contato para o da faceta é a quantidade de desgastes que serão realizados. Sendo esse último necessário uma maior dimensão da broca e ponta diamantada por conta das restaurações insatisfatórias já existentes, precisando assim chegar a uma superfície hígida e livre de material restaurador. Já a lente de contato cerâmica, possui esse nome justamente por ser mais fina e quase transparente, utilizada para pequenas correções. A técnica consiste em realizar sulcos de orientação circundando a face vestibular no sentido méso-distal.

Figura 14 - Matriz feita com silicona de condensação



Fonte: Elaborada pela autora.

A etapa de moldagem consiste em um dos passos de grande dificuldade em virtude da precisão necessária para a confecção da facetas em dissilicato de lítio. O material de eleição é o silicone de adição (Express- 3M), que tem como vantagem não apresentar em sua formulação sub-produtos na sua reação de catalização.

Durante a fase de moldagem, utiliza-se a pasta adstringente novamente para se certificar que a cópia do término cervical ficará fiel em seu resultado. Coroas provisórias deverão ser confeccionadas, também, com o auxílio da matriz em resina bisacrílica (Structor - Voco) confeccionadas previamente com o auxílio do enceramento diagnóstico. Podendo então enviar ao protético de escolha.

Figura 15 - Preparo dos dentes



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 16 - Desgastes dos dentes realizados



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 17 - Moldagem com silicone leve e pesada



Fonte: Elaborada pela autora.

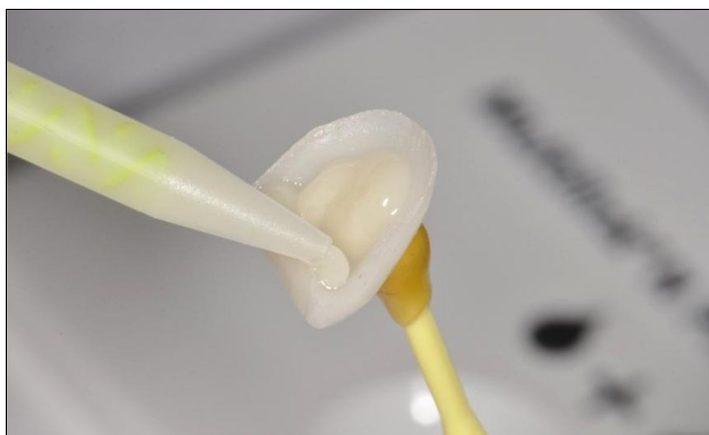
A cerâmica utilizada no caso apresentado foi dissilicato de lítio (E-max, Ivoclar) pela de técnica injetada. (Figura 18). Após a aplicação da cerâmica, foi realizado o processo de cimentação das facetas. O cimento de eleição foi o resinoso (Variolink Veneer) por apresentar características ideais de cor, facilidade de assentamento, acabamento, baixo índice de solubilidade e facilidade de trabalho. No entanto, existe a necessidade de tratamento da faceta para uma correta aderência ao preparo com auxílio de ácido fluorídrico a 10% por 1 minuto e silanização das peças que atuará como agente de ligação entre cerâmica e cimento resinoso.

Figura 18 - Facetas E-max aplicada sobre o modelo de gesso preparado



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 19 - Sistema adesivo sem fotoativação



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 20 - Cimentação da cerâmica



Fonte: Elaborada pela autora.

Nos dentes preparados, também, existe a necessidade de aplicação de ácido fosfórico a 37% por 15 segundos e aplicação de adesivo. No entanto, o adesivo, somente, foi aplicado no momento da cimentação. Iniciou-se a espatulação do cimento resinoso, aplicado na faceta e posicionado cuidadosamente no dente preparado. Nesse mesmo momento, os excessos da região interproximal foram removidos com auxílio de fio dental antes da polimerização, facilitando dessa forma, a limpeza local. Assim sendo, pôde-se iniciar o ajuste da oclusão e orientações à paciente, além de controle semanal e posteriormente, mensal.

Figura 21 - Antes (A e B) e depois (C e D) das cimentações das facetas



Fonte: Elaborada pela autora.

5 DISCUSSÃO

Diante do exposto podemos relatar que as facetas e lentes de contato tem ganhado um grande impulso nos casos de reabilitações orais onde a estética é fator primordial. Contudo, não podemos deixar de relatar a grande evolução dos cimentos resinosos, onde se consegue através desse uma adesão tanto em estrutura dental como em porcelana, fator relevante para o sucesso das restaurações. Outro fator da crescente utilização foi a constante pesquisa em relação às cerâmicas odontológicas que passaram a ter resistência aliada à estética. Diante dessas evoluções dos materiais dentários, os pacientes passaram a ter mais um aliado nas reabilitações orais. (GOMES, 1996).

É nítido que nesta década a procura por um sorriso perfeito se tornou cada vez mais desejado por pessoas de todas as idades. A mídia incorpora as pessoas formatos e cores dentais que se passaram a ser padrão de estética. Fica notório, então, que a busca pelo mais belo sorriso será cada vez mais crescente. Nesse contexto, os cirurgiões dentista devem estar embasados num correto planejamento e possuir domínio técnico para o preparo dental, identificação da real necessidade, indicação e limitação do caso, assim como uma criteriosa análise dos fatores oclusais, a fim de se detectar futuros problemas relacionado com a reabilitação oral obtido pelas facetas. (CHRISTENSEN, 1991).

As cirurgias periodontais, sem dúvida trazem um ganho estético muito grande em virtude de promover a chamada estética vermelha, a conformação correta do arco côncavo regular e um zênite adequado, faz com que a harmonia facial se torne plena. (CALAMIA, 1985).

Em síntese, as facetas e lentes de contato em cerâmica, nos oferecem mais uma possibilidade de tratamento. Um correto conhecimento dos materiais, técnicas de confecção clínica e laboratorial se tornam necessários para o sucesso do tratamento. Com isso, inúmeros indivíduos são reabilitados esteticamente, devolvendo-lhes, dessa forma, a autoestima e a integração à sociedade. (ANUSAVICE, 1993).

6 CONCLUSÃO

Podemos concluir com a revisão de literatura e o caso clínico apresentado, que as facetas e lentes de contato cerâmicas desempenham um papel importante dentro da moderna odontologia restauradora, demonstrando, também, a crescente evolução dos materiais adesivos e cerâmicos. A inter-relação da Periodontia, Prótese, Dentística e a obediência a um protocolo reabilitador previsível possibilita a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios, devolvendo harmonia, naturalidade e jovialidade para face e sorriso dos pacientes submetidos a reabilitações com facetas e lentes de contato. Deve-se acima de tudo priorizar sempre o planejamento sem a pressa de se obter um resultado imediato, valorizando cada passo até se concluir a cimentação. É de grande valia deixar claro ao paciente, que cada um deles possui uma característica pessoal, sem poder se comparar com terceiros e, além disso, mencionar a mídia como influente para criar estereótipos, cabendo à sociedade desenvolver seu senso crítico quanto à perpetuação ou não deles.

REFERÊNCIAS

- ANUSAVICE, K. J. Recent developments in restorative dental ceramics. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 124, n. 2, p. 72-74, Feb. 1993.
- BOWEN, R. L. Properties of a silica-reinforced polymer for dental restorations. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 66, n. 1, p. 57-64, Jan. 1963.
- BUONOCORE, M. G. A simple method of increasing the adesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. **J Dent Res**, Chicago, v. 34, n. 6, p. 849-853, Dec. 1955.
- CALAMIA, J. R. **Etched porcelain veneer: the start of the art**. São Paulo, SP: Quintessence, 1985.
- CHRISTENSEN, G. J. Have porcelain veneer arrived. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 122, n. 1, p. 81, Jan. 1991.
- FAUNCE, F. R.; FAUNCE, A. R. The use of laminate veneers for restoration of fractured or discolored teeth. **Tex Dent J**, Dallas, v. 93, n. 8, p. 6-7, Aug. 1975.
- GOMES, J. C. et al. **Odontologia estética: restaurações adesivas indiretas**. São Paulo, SP: Artes Médicas, 1996.
- MANDARINO, F. **Facetas laminadas**. 2003. Disponível em: <<http://143.107.206.201/restauradora/dentistica/temas/facetadas/facetadas.html>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- PILKINGTON, E. L. Esthetics and Optical Illusions in Dentistry. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 23, n. 4, p. 641-651, 1936.
- ROCHETTE, A. L. A ceramic restoration bonded by etched enamel and resin for fractured incisors. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 33, n. 3, p. 287-293, Mar. 1975.