

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**RODRIGO CAMPOS DAHER**

**TRATAMENTO MININAMENTE INVASIVO PARA  
RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR:  
RELATO DE CASO**

BAURU  
2018

**Rodrigo Campos Daher**

**TRATAMENTO MININAMENTE INVASIVO PARA  
RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR:  
RELATO DE CASO**

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 da Profa. Dra.Karin Cristina da Silva Modena.

BAURU  
2018

D129t

Daher, Rodrigo Campos

Tratamento minimamente invasivo para restabelecimento da  
estética anterior / Rodrigo Campos Daher. -- 2018.  
30f. : il.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karin Cristina da Silva Modena.

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

1. Esmalte. 2. Cerâmico. 3. Micro Abrasão. 4. Tratamento. 5.  
Estética. I. Modena, Karin Cristina da Silva. II. Título.

**Rodrigo Campos Daher**

**TRATAMENTO MININAMENTE INVASIVO PARA  
RESTABELECIMENTO DA ESTÉTICA ANTERIOR: RELATO DE  
CASO**

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 soborientação da Prof.<sup>a</sup> Dra.Karin Cristina da Silva Modena.

Bauru, 27 de Novembro de 2018.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Karin Cristina da Silva Modena  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcela PaganiCalabria  
Universidade do Sagrado Coração

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Carolina Trentino Delafiori  
Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho para minha família que sempre me apoiou e acreditou em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais que sempre me apoiaram e fizeram de tudo para que eu tivesse uma boa formação, com muito amor e dedicação ao longo da minha vida.

Agradeço aos amigos que fiz na universidade, sempre presentes nos melhores e nos piores momentos dessa etapa, levando todos em meu coração como amizade verdadeira para todo o sempre.

Gostaria de agradecer, especialmente, à minha madrastra Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cecília Veronezi, inspiração profissional, sem ela nada disso seria possível. Sendo como uma mãe para mim, tanto na vida pessoal como na vida acadêmica, sempre com muito carinho e amor.

E por fim, agradecer à minha orientadora pelos ensinamentos e paciência e agradecer às minhas professoras de banca, que disponibilizaram seu tempo para analisar meu trabalho.

## RESUMO

Para que um tratamento estético tenha longevidade, o cirurgião-dentista necessita, acima de tudo, realizar o correto diagnóstico da situação clínica para que o plano de tratamento seja traçado de maneira correta e, principalmente, que a saúde seja mantida juntamente com o objetivo do tratamento final. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico em que foi realizado inicialmente, a microabrasão do esmalte dental e em seguida a confecção de lentes de contato em cerâmica para correção da forma e cor dos elementos 13 ao 23. A paciente do gênero feminino compareceu à clínica com queixa principal da paciente eram as manchas brancas nos dentes 13 ao 23 e a anatomia dos incisivos laterais. Na avaliação clínica observou-se que as manchas brancas eram lesões de cárie incipientes e inativas em decorrência do uso de aparelho ortodôntico e acúmulo de biofilme ao redor dos braquetes, e o elemento 12 apresentava escurecimento devido a restauração insatisfatória. O plano de tratamento proposto foi a realização de microabrasão do esmalte e confecção de lentes de contato em dissilicato de lítio. O resultado obtido a curto prazo com a realização das lentes de contato foi extremamente satisfatório e controles periódicos são necessários para que a saúde seja mantida ao longo do tempo.

**Palavras-chave:** Microabrasão do esmalte. Preparos Minimamente Invasivos. Laminado Cerâmico.

## **ABSTRACT**

For an esthetic treatment to have longevity, the dental surgeon needs, above all, to make the correct diagnosis of the clinical situation so that the treatment plan is drawn correctly and, especially, that health is maintained together with the objective of the treatment. The objective of this study is to report a clinical case in which the microabrasion of the dental enamel was first performed and then the ceramic contact lenses were made to correct the shape and color of the elements 13 to 23. The female patient attended the The clinical evaluation revealed that the white spots were incipient and inactive caries lesions due to the use of orthodontic appliances and the accumulation of biofilms at the teeth. around the brackets, and the element 12 presented darkening due to unsatisfactory restoration. The proposed treatment plan was the accomplishment of micro-abrasion of the enamel and confection of lithium disilicate contact lenses. The short-term results obtained with contact lenses were extremely satisfactory and periodic controls are necessary for health to be maintained over time.

**Keywords:** Enamel Microabrasion. Minimally Invasive Preparation. Ceramic Laminate.



## SUMÁRIO

<b>1INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>10</b>
2.1 MICROABRASÃO	11
2.2 LENTES DE CONTATO DENTAL	13
<b>3OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>4RELATO DO CASO</b>	<b>16</b>
<b>5DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
<b>6CONCLUSÃO</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A procura por uma melhor aparência estética tem crescido vertiginosamente entre as pessoas. Com essa grande demanda por tratamentos estéticos associados à evolução dos sistemas adesivos e materiais cerâmicos, surge uma nova era na Odontologia com a confecção de restaurações cerâmicas que necessitam de mínimo desgaste da estrutura dentária e que apresentam resultados satisfatórios e com bom prognóstico.

Os dentes anteriores são de suma importância quando se trata de estética facial, e por consequência disso, são mais valorizados pelos pacientes, que buscam melhorar a sua forma, o tamanho e posição. Esta valorização gera um questionamento quanto a desgastá-los para atingir uma melhor estética.

Ultimamente, a filosofia da mínima intervenção tem ganhado espaço na Odontologia e o uso de técnicas minimamente invasivas tem aumentado. O conceito da Odontologia minimamente invasiva consiste no uso de métodos que buscam preservar ao máximo o tecido dentário, invadindo-o o menos possível, visto que, nenhum material restaurador se comporta de maneira semelhante à estrutura dentária.

Além disso, o intuito da Dentística Restauradora atual deve ser a de prevenir que lesões cáries se instalem com foco no controle dos fatores etiológicos da doença. A partir do momento em que a doença está instalada e os primeiros sinais clínicos aparecem, deve-se intervir de maneira consciente assim que o correto diagnóstico seja realizado. Lesões de mancha branca inativas podem apresentar uma aparência desagradável aos olhos dos pacientes e necessitam de intervenção que, nesses casos, a microabrasão do esmalte é o tratamento de escolha.

As lentes de contato se tornaram uma opção restauradora estética que associa a possibilidade de minimizar o desgaste dental durante a fase de preparo e a de proporcionar uma mudança estética adequada e satisfatória.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o tipo de alteração de forma, cor e estrutural, é muito importante que o cirurgião dentista saiba diagnosticar e diferenciar as variadas etiologias que possam causar tais alterações, pois, uma vez realizado o diagnóstico correto, o profissional deve ser capaz de indicar o melhor tratamento ou a associação de dois ou mais tratamentos, sempre com finalidade de preservar o máximo de estrutura dentária sadia e obter o melhor resultado estético após os tratamentos, com economia de tempo, estrutura e recursos para os pacientes.

Por meio do diagnóstico das causas das alterações dos dentes, o plano de tratamento deve ser traçado de acordo com as necessidades específicas do caso em questão, conseguindo o melhor resultado em termos função, estética e longevidade dos procedimentos clínicos. Algumas condutas podem ser indicadas, desde as mais conservadoras, como a remineralização do esmalte, clareamento dental, microabrasão do esmalte até as mais invasivas como os procedimentos restauradores indiretos que necessitam de um maior desgaste da estrutura dentária como as restaurações indiretas de porcelana.

Há duas classificações para as alterações de cor, forma e estrutura dos dentes. Nas causas endógenas ou sistêmicas estão incluídas quaisquer alterações que possam ocorrer no período de formação do germe dental (odontogênese), culminando com a erupção dos dentes já apresentando determinada alteração; nas causas exógenas ou extrínsecas estão as alterações ocorridas após a erupção dos dentes, ou seja, o dente apresenta formação e erupção normais e, por algum motivo local, ocorrem alterações.

As alterações de cores extrínsecas abrangem as pigmentações externas à coroa dental por impregnação de corantes dos alimentos como café, eugenol, nicotina, bactérias cromógenas, placa bacteriana e depósitos de tártaro, podendo ficar impregnadas nas fendas ou trincas do esmalte. As lesões de mancha branca por cárie, cáries agudas e crônicas também causam alterações de cor do esmalte, dentina ou mesmo perda da estrutura dental; em restaurações insatisfatórias, a percolação marginal pode pigmentar a dentina e eventualmente o esmalte. Muitas vezes dentes que erupcionam com alguma forma de alteração sistêmica, podem apresentar também pigmentações externas, nas imperfeições do esmalte, pela impregnação de corantes presentes na cavidade bucal. Como exemplos, podem-se citar casos de fluorose, em que dentes erupcionam com alterações hipoplásicas (cratera de esmalte) de

coloração branco-leitosa e, com a impregnação dos corantes da cavidade bucal nas imperfeições do esmalte, acabam se pigmentando.

A presença da mancha branca como primeiro sinal clínico da doença cárie pode ser explicada como um pequeno aumento da porosidade do esmalte que conduz a uma mudança nas propriedades ópticas na forma como a luz é dissipada. Com o aumento da porosidade do tecido, o esmalte vai tornando-se menos translúcido, o que clinicamente pode ser observado como alterações esbranquiçadas (opacas do esmalte) (THULSTRUP, 1995).

A partir do momento em que essas lesões de mancha branca se apresentam inativas, apresentam características distintas da lesão ativa, dentre elas: escurecimento do tecido devido a cronificação da lesão, margens definidas, com brilho e sem a presença de halo opaco (NAVARRO et al, 1985).

As manchas brancas podem ser confundidas com hipoplasias de esmalte que também apresentam aspecto esbranquiçado. Um diagnóstico diferencial é que as hipoplasias frequentemente se concentram nos terços médio e incisal, enquanto que as manchas brancas cariosas se concentram na região cervical. (FEJERSKOV, 2005).

Uma vez detectado o tipo de lesão, a próxima etapa é a escolha do tratamento. O plano de tratamento é uma lista ordenada de processos que visam solucionar os problemas clínicos, melhorando a qualidade de vida do paciente (PEREIRA et al, 2014).

A mancha branca por desmineralização pode se apresentar ativa ou inativa e necessita de atuações clínicas diferenciadas. Quando ativa, requer remineralização que pode ser alcançada por aplicações de flúor de modo sistemático. Em mancha branca inativa, hipoplasia e fluorose aplica-se microabrasão com finalidade estética. Quando relacionada à desmineralização e a fluorose devem ter um enfoque preventivo a nível populacional, uma vez que, envolve a dieta, a ingestão de flúor, bem como, uma correta higienização.

## **2.1 MICROABRASÃO**

As indicações da técnica da microabrasão do esmalte para fatores exógenos estão restritas às lesões de cáries crônicas ou cáries paralisadas (lesões de manchas brancas de cárie

pigmentadas que se remineralizaram) nas faces proximais e vestibulares dos dentes. Nestas situações, os resultados são altamente satisfatórios, uma vez que em apenas uma sessão de atendimento é possível remover lesões de cárie crônica de coloração escura sem necessidade de realizar preparo e restauração, tendo assim várias vantagens para os pacientes, além do restabelecimento da harmonia estética do sorriso. Nos casos que já apresenta cavitação, primeiro é realizado a microabrasão e depois são realizadas as restaurações das cavidades não removidas pela técnica. Muitas vezes, após a microabrasão, sob as lesões de cáries crônicas pigmentadas, nota-se alguma lesão de manchas brancas por cáries remanescentes; nestes casos é aconselhável realizar-se a remineralização do esmalte após a microabrasão e, se necessário, as restaurações das cavidades removidas pela técnica da microabrasão.

Outra indicação da técnica seria os casos de lesões de manchas brancas por cáries que estejam remineralizadas ou inativas pois, se for realizado a técnica em uma lesão ativa, o risco de se promover uma cavitação da lesão é alto, uma vez que a característica da lesão de mancha branca por cárie é de subsuperfície, em que a camada superficial do esmalte é mais mineralizada enquanto o corpo da lesão é poroso. É nesta região da lesão em que o esmalte cede maior quantidade de íons para o meio bucal, na tentativa de neutralizar o pH da saliva.

A técnica de microabrasão é um procedimento no qual uma fina camada de esmalte superficial é abrasionada e erosionada simultaneamente por um composto especial. Sendo assim necessário saber em quais condições ela não deve ser realizada evitando-se manchas ocasionadas por cáries ativas.

A microabrasão remove apenas manchas superficiais, porém a determinação clínica da profundidade é complicada; quanto mais opaca e profunda a lesão, menor a chance de remoção total da mancha pela técnica.

Sendo assim, algumas das contra-indicações são: manchas brancas ativas, cárie aguda, cárie crônica, escurecimento após tratamento endodôntico, calcificação distrófica da polpa, amelogenese imperfeita, dentinogenese imperfeita, tetraciclina de grau leve, médio e severa, hipoplasia do esmalte, hipoplasia e hipocalcificação do esmalte (combinadas), pigmentações externas e percolação marginal.

O tratamento adequado além de diagnosticar as lesões iniciais da doença cárie deve ser capaz de direcionar as causas da mesma. Assim o profissional terá a possibilidade de atuar no

período de pré-patogênese (prevenção de ocorrência) e no período de patogênese (prevenção da evolução) (GARBIN et al., 2007). A mancha branca está relacionada com a perda de mineral pelo esmalte que, quando diagnosticada em sua fase inicial, ainda apresenta-se parcialmente desmineralizada sendo passível de remineralização (GUIRADO et al., 2006).

Observamos que o ideal é sempre que possível enfatizar a prevenção da cárie controlando fatores como a dieta do paciente, a higienização frequente, utilização de flúor e consultas periódicas ao dentista para evitar a instalação da doença. Se diagnosticada na fase inicial de mancha branca o tratamento da cárie será não invasivo através da fluoroterapia preservando assim estrutura dental.

## **2.2 LENTES DE CONTATO DENTAL**

As lentes de contato são laminados de porcelana utilizados para modificar a cor, tamanho e forma dos dentes, proporcionando um sorriso mais estético e agradável. Têm ganhado grande notoriedade por pacientes que buscam um novo sorriso por sua facilidade, durabilidade e agilidade na instalação. São laminados extremamente finos de porcelana com espessura variando entre 0,3 e 0,5 mm que mimetizam o esmalte dental, apresentam alta resistência ao desgaste, não sofrem alterações de cor ao longo do tempo quando comparadas as resinas compostas, possuem ótima biocompatibilidade com os tecidos bucais, apresentam ótimo polimento, portanto, retém menos biofilme bacteriano e apresentam resistência a abrasão.

São indicadas para pacientes com dentes desgastados, pequena alteração de cor, dentes suavemente desalinhados, presença de restaurações insatisfatórias, fechamento de diastemas, dentes com início de erosão de esmalte, dentes lascados e fraturados, camuflagem de restaurações de Classe III, IV e V, dentes conóides e lingualizados e também para pacientes que apenas querem ter um sorriso mais harmonioso. Sobre as suas contraindicações podemos citar pacientes que sofrem de hábitos para-funcionais como o bruxismo, dentes com grande destruição coronária, dentes que sofrem carga oclusal excessiva, dentes vestibularizados ou que possuem restaurações muito extensas e também pacientes com doença periodontal severa.

A maior vantagem das lentes de contato é que, em dentes com alteração de forma e sem nenhuma alteração de cor podem ser instaladas com mínimo desgaste da estrutura

dentária. Como desvantagens podemos citar a dificuldade no reparo em caso de fratura, principalmente em pacientes com bruxismo, sem falar no alto custo do tratamento e a necessidade de uma boa qualificação do cirurgião dentista para a realização de tal procedimento.

O mais importante a ser avaliado, é a real necessidade da indicação das lentes de contato. Atualmente a banalização do tratamento impulsionada pelo mundo dos famosos e seus dentes “super brancos”, fazem com que o sorriso não fique com aspecto natural. É necessário que exista um equilíbrio entre a cor do dente, a sua forma, em comparação com a face do paciente, tom de pele, entre outros fatores, para que haja uma harmonia total entre esses elementos, sempre procurando atingir o aspecto natural dos dentes.

### **3 OBJETIVOS**

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico em que a paciente apresentava lesões de manchas brancas inativas e como plano de tratamento foi realizado com microabrasão do esmalte e lentes de contato de dissilicato de lítio abrangendo os elementos do 13 ao 23. Será salientado no relato do caso todos os passos realizados durante o tratamento, desde o planejamento até a cimentação definitiva das peças de porcelana.



#### 4 RELATO DO CASO

A queixa principal da paciente eram as manchas brancas nos dentes 13 ao 23 e a anatomia dos incisivos laterais. Durante o exame clínico, verificou-se que as manchas brancas eram lesões de cárie incipientes e inativas em decorrência do uso de aparelho ortodôntico e acúmulo de biofilme ao redor dos braquetes. O dente 12 apresentava extensa restauração de resina composta escurecida. (Figuras 1, 2, 3 e 4)

Figura 1 - Foto inicial do sorriso



Fonte: Modena<sup>1</sup>

Figura 2 - Fotointrabucal

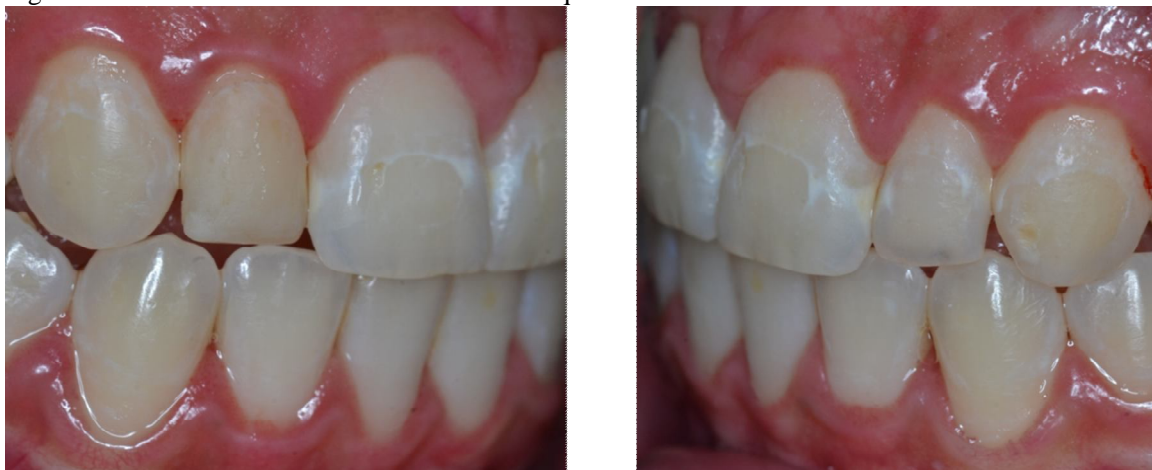


Fonte: Modena<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>2</sup> Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

Figuras 3 e 4 - Fotos laterais dos lados direito e esquerdo

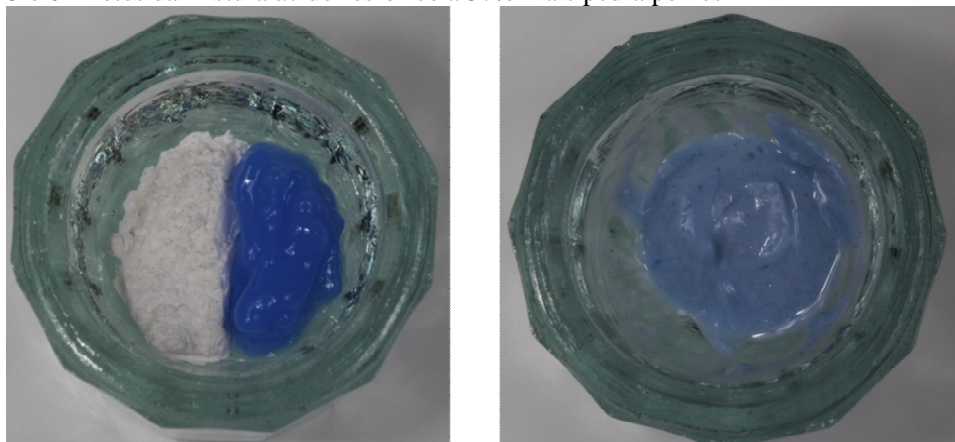


Fonte: Modena<sup>3</sup>

Inicialmente, o planejamento do caso foi a realização de microabrasão e em seguida, a troca da restauração do elemento 12.

Para a realização da microabrasão, optou-se pela técnica preconizada por Mondelli et.al., que consiste na mistura de ácido fosfórico a 37% e pedra pomes na mesma proporção volumétrica. (Figura 5 e 6).

Figuras 5 e 6 - Fotos da mistura ácido fosfórico a 37% mais pedra pomes



Fonte: Modena<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>4</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

Realizou-se isolamento absoluto (Figura 7) do arco superior para a proteção dos tecidos moles e foram feitas 8 aplicações da mistura por 10 segundos cada e, ao final, o polimento da superfície do esmalte e aplicação de flúor fosfato neutro (Figuras 8 e 9). O resultado final da microabrasão pode ser observado na comparação entre o caso inicial e final. (Figuras 10 e 11)

Figura 7 - Fotos do isolamento absoluto



Fonte: Modena<sup>5</sup>

Figura 8 - Foto do polimento do esmalte



Fonte: Modena<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

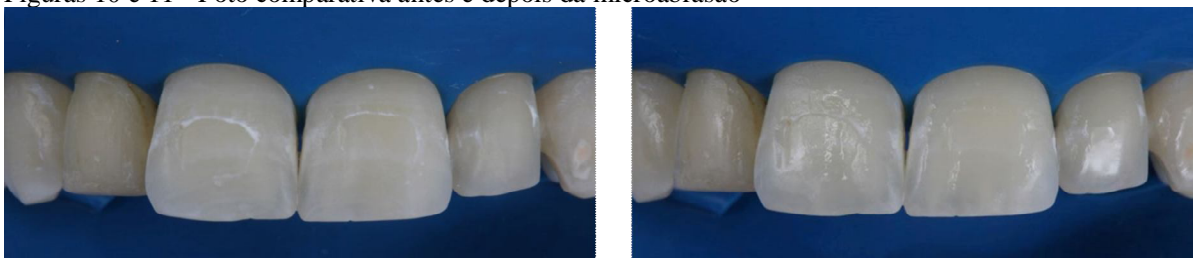
<sup>6</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

Figura 9 - Foto da aplicação de flúor fosfato neutro



Fonte: Modena<sup>7</sup>

Figuras 10 e 11 - Foto comparativa antes e depois da microabrasão



Fonte: Modena<sup>8</sup>

Em seguida, foi realizada moldagem com alginato dos arcos superior e inferior e obtenção do modelo de gesso para a realização do enceramento dos incisivos laterais. Durante a etapa do enceramento, houve necessidade de acréscimo de material também nos incisivos centrais e caninos para que houvesse uma proporção esteticamente agradável do conjunto dos dentes anteriores. Foi realizado o mockup, em sessão seguinte, para que a paciente pudesse visualizar o resultado final e, nesse momento, optou-se pela realização de lentes de porcelana dos elementos 13 ao 23, havendo uma mudança do planejamento inicial. O mockup pode ser visualizado nas figuras 12 e 13.

---

<sup>7</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>8</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

Figuras 12 e 13 - Mockup



Fonte: Modena<sup>10</sup>

A próxima etapa consistiu na realização dos preparos minimamente invasivos para a confecção dos laminados cerâmicos e podem ser observados nas figuras 14, 15 e 16 com visão por vários ângulos. Para a confecção dos preparos foram removidas apenas as áreas de retenção com a ponta diamantada 3216 e o acabamento e polimento realizado com discos de lixa soft-lex (3M-ESPE) e borracha de carvão de silício.

Figura14 - Vista frontal dos preparos confeccionados



Fonte: Modena<sup>11</sup>

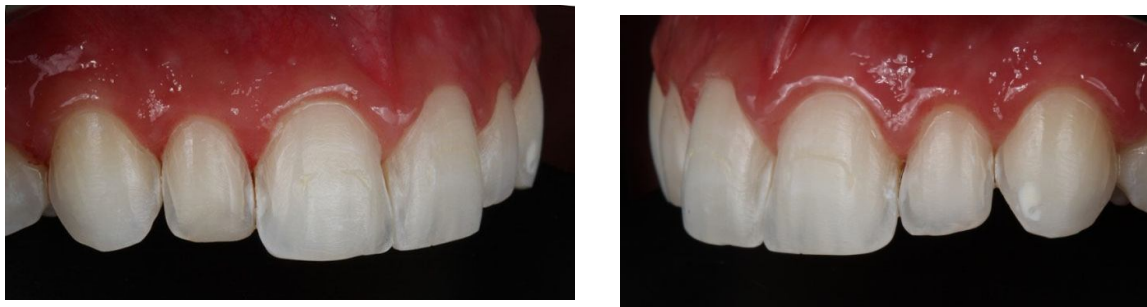
---

<sup>9</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>10</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>11</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

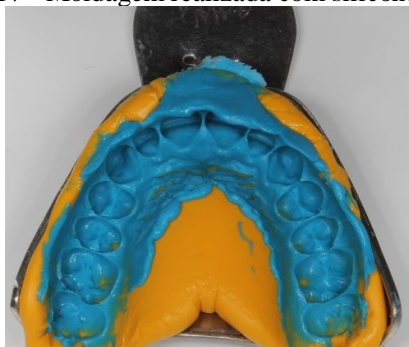
Figuras 15 e 16 - Vistas laterais dos preparos confeccionados



Fonte: Modena<sup>12</sup>

Como os preparos foram realizados com mínimo desgaste da estrutura dentária, não foi necessária a confecção de restaurações provisórias. Na mesma sessão de atendimento, a moldagem foi realizada com silicone de adição pela técnica da dupla moldagem. (Figura 17)

Figura 17 - Moldagem realizada com silicone de adição



Fonte: Modena<sup>13</sup>

A escolha da porcelana foi a de dissilicato de lítio e cor A1 da escala Vita (Figura 18).

Figura 18 - Lentes de contato de dissilicato de lítio



Fonte: Modena<sup>14</sup>

<sup>12</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>13</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

A cimentação das peças foi realizada sob isolamento absoluto modificado e a cor (A1) do cimento foi selecionada com o auxílio das pastas Try-in do cimento All Cem Veneer, material de escolha para essa etapa (FGM). Figura 19

Figura 19 - Seleção da cor do cimento



Fonte: Modena<sup>15</sup>

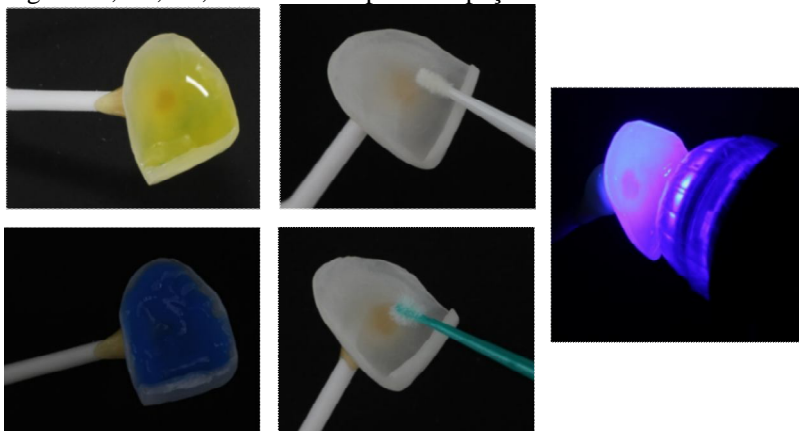
Para o preparo das peças foram realizados os seguintes procedimentos: ácido fluorídrico a 10% por 20 segundos, lavagem, aplicação de ácido fosfórico 37% por 10 segundos para remoção de resíduos, lavagem, aplicação de primer silano por 5 minutos e por fim, aplicação do sistema adesivo Ambar APS seguido da polimerização por 20 segundos (Figuras 20, 21, 22, 23 e 24).

---

<sup>14</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>15</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

Figura 20, 21, 22, 23 e 24 - Preparo das peças



Fonte: Modena<sup>16</sup>

Para o preparo dos dentes foram realizadas as etapas a seguir: aplicação de ácido fosfórico 37% por 30 segundos (figura 25), lavagem, aplicação do sistema adesivo Ambar APS seguida da polimerização por 20 segundos (Figura 26).

Figuras 25 e 26 - Preparo dos dentes



Fonte: Modena<sup>17</sup>

<sup>16</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>17</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena



O cimento, All Cem Veneer (FGM) foi aplicado no interior de cada peça, adaptado corretamente ao dente e removido os excessos com microbrush e fio dental, fotopolimerizado por 40 segundos cada face do dente. (Figura 27)

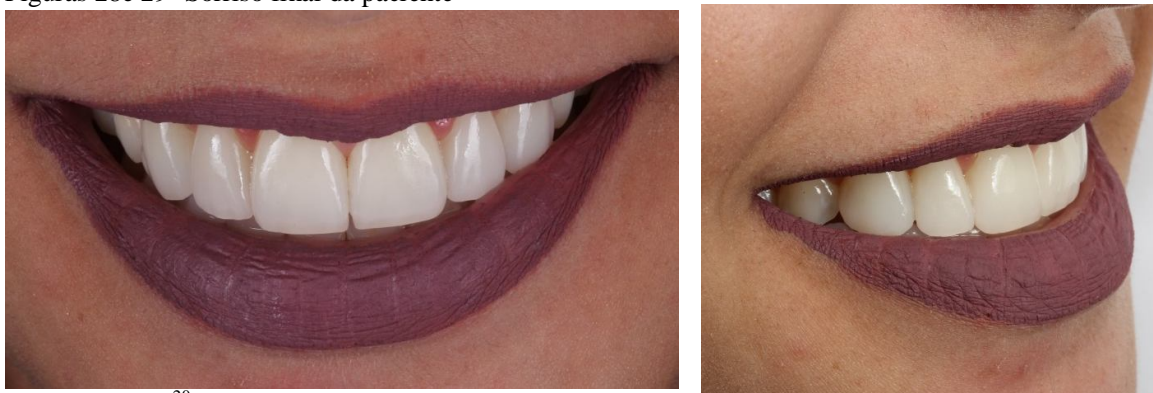
Figura 27 - Cimentação



Fonte: Modena<sup>19</sup>

O resultado final, após a finalização da cimentação das peças pode ser observado nas figuras 28 e 29.

Figuras 28e 29- Sorriso final da paciente



Fonte: Modena<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

<sup>19</sup>Imagem cedida do arquivo pessoal da Prof.<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena

## 5 DISCUSSÃO

Antes de indicar qualquer tratamento, o cirurgião-dentista deve avaliar seu conhecimento técnico e científico para a correta indicação e realização do procedimento proposto ao paciente tenha longevidade e seu resultado seja satisfatório (Baratieri, 2015).

A evolução dos procedimentos adesivos permitiu que houvesse uma maior preservação de estrutura dental já que, a retenção dos materiais aos substratos dentários não ocorre por meios mecânicos, mas por retenção micromecânica a partir do condicionamento ácido da estrutura dentária seguido da aplicação dos sistemas adesivos. Com isso, surge a Odontologia Minimamente Invasiva, que possui como filosofia a máxima preservação da estrutura dental sadia, em que alternativas mais conservadoras são a opção de escolha antes da indicação de técnicas mais invasivas, complexas e mais onerosas para o paciente (Tumenas et al., 2014). Embora o avanço tecnológico tenha trazido abordagens interessantes, deve-se ter em mente que, atualmente nenhum material restaurador substitui a estrutura dental natural, e que todas as restaurações sofrem um envelhecimento no ambiente oral (Peters et al., 2001).

As lesões de mancha branca inativas podem prejudicar a aparência estética dos dentes e se tornar um problema para o paciente. A primeira opção de tratamento para esses casos é a realização da técnica de microabrasão do esmalte com o objetivo de remover ou melhorar a aparência da lesão que pode se apresentar com coloração esbranquiçada ou pigmentada, com margens definidas e brilhosa (NAVARRO et al, 1985).

No caso clínico apresentado além da microabrasão do esmalte, optou-se pela confecção de lentes de contato para melhorar cor e formato dos dentes anteriores superiores da paciente. As lentes de contato dentais são laminados ultrafinos, com 0,3 a 0,5 mm de espessura, que recobrem a face vestibular e/ou palatina dos dentes. São confeccionados em porcelana, material com inúmeras vantagens como estabilidade físico-química, compatibilidade biológica, resistência à abrasão e compressão, excelente reprodução das propriedades ópticas dos dentes naturais, estabilidade de cor e adesão ao agente cimentante, entre outras (Baratieri, 2015). Para que esse tipo de procedimento tenha durabilidade, é fundamental que haja máxima preservação do esmalte dental devido ao melhor comportamento clínico dos procedimentos adesivos nesse substrato e menor flexão da estrutura dentária.

## **6 CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que para que o resultado final seja satisfatório, além do correto diagnóstico e plano de tratamento, o profissional deve possuir grande conhecimento do procedimento que ele se propõe a realizar. Deve-se ter em mente que os procedimentos mais conservadores devem sempre ser a primeira opção de escolha para a solução de casos estéticos.

## REFERÊNCIAS

- ALBERS, H.F. Esthetic treatment planning, in pertinent information on cosmetic, adhesive and restorative dentistry. *AdaptReport*, v.3, p.45-52, fall 1992.
- ARISTIDIS, G.A. Five-year performance of porcelain laminate veneers. *Quintessence Internacional*. v.33, n.3, p.185-188, 2002.
- BARATIERI, L. N. et al. *Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades*. Editora Santos: Sao Paulo. 739p. 2001
- CALAMIA, JR; Simonsen, R. Effects of coupling agents on bond strength of etched porcelain. *J Dent Res* 63:179, 1984.
- CALAMIA, JR. Etched porcelain veneers: the current state of the art. *Quintessence Internacional*, n.1, p.5-12, 1985.
- CALAMIA, JR. The etchedporcelainveneertechnique. *J Dent Res*, v.54, n.7, p.48-50, aug\sept. 1988.
- CALAMIA, JR. Clinical evolution of etched porcelain veneers. *Amerj.dent.*, v.2, p.9-15, 1989.
- CASTELNUOVO, J. et al. Fracture load and mode of failure of ceramic veneers with different preparations. *J. ProsthetDent*, v.83, p. 171-180. 2000.
- CHRISTENSEN, G.J. Ceramic veneers: state of the art. *J Am Dent Assoc*, v.130, n.7, p.1121- 1123, july 1999.
- CONCEIÇÃO, E. N. *Dentística Saúde e Estética*. Ed. Artmed: Porto Alegre. 346p. 2000.
- CROLL T.P *Enamelmicroabrasion*. Chicago Quintessence, 1991
- MANGANI F. ET ALII (2007) Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers, *The European Journal of Esthetic Dentistry*, 2, pp. 188- 209. MARGHAL
- MENDES, R.F Avaliação da quantidade de desgaste, da textura e da morfologia do esmalte dentário submetido à técnica de microabrasão . Bauru, 263p., 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- MONDELLI, J et.al Microabrasão com ácido fosfórico .*RevBras Odont*,v52,n3 ,p20-2,maio/jun, 1995.
- MONDELLI, R.F.L Clareamento dental. *Rev Dent Restaurad*,v.1,n.4, p163-215,out/dez., 1998.
- NAVARRO, M.F.L; CÔRTEZ, D.F. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie.Maxi- *Odonto: Dentística* ,v.1,n.4,p.1-38,jul./ago., 1995
- Peters MC, McLean ME. Minimally invasive operative care.I. Minimal intervention and concepts for minimally invasive cavity preparations. *J.Adhes.Dent*. 2001; 3: 7-16

TUMENAS I; PASCOTTO R; SAADE LJ; BASSANI M. Odontologia Minimamente Invasiva. REV ASSOC  
PAUL CIR DENT 2014;68(4):283-95