

LENTE DE CONTATO: RESTAURAÇÕES MINIMAMENTE INVASIVAS NA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS ESTÉTICOS

DENTAL CONTACT LENS: MINIMALLY INVASIVE RESTORATIONS TO SOLVE AESTHETIC PROBLEMS

Ricardo Coelho **OKIDA**¹
Wiry Samara Cândida **VIEIRA**²
Vanessa **RAHAL**³
Daniela Secches da Silveira **OKIDA**⁴

RESUMO: Nos dias atuais, os pacientes estão cada vez mais preocupados em ter um sorriso esteticamente favorável, que envolve dentes claros, bem alinhados e dentro dos padrões de beleza ditados pela sociedade contemporânea. Ter um sorriso bonito tem sido um referencial de saúde e sucesso, e pode estar relacionado a uma melhor perspectiva de oportunidades sociais e até profissionais. Com essas exigências agregadas ao aprimoramento dos materiais, técnicas odontológicas e à acessibilidade ao tratamento, os laminados cerâmicos passaram a ser uma ótima opção, pois se baseiam na ideia de recobrimento do esmalte dentário por uma fina lâmina cerâmica aderida ao dente, que permite restabelecer forma, mudar o tamanho, e corrigir pequenas falhas no posicionamento dos dentes. Além disso, atualmente, apresentam excelentes propriedades físicas, ópticas e alto grau de biocompatibilidade que permitem devolver a integridade biomecânica, estrutural e estética, e quando bem indicados, proporcionam um tratamento altamente satisfatório, com maior longevidade e mínimo ou nenhum desgaste dos elementos dentários.

UNITERMOS: Facetas dentárias; Preparo do dente; Cimentação; Cerâmicas; Porcelana.

INTRODUÇÃO

Estética é a apreciação da beleza ou a combinação de qualidades que proporcionam intenso prazer aos sentidos, aos conjuntos intelectuais e morais. Por se tratar de uma sensação prazerosa, o conceito de beleza é próprio de cada indivíduo, sendo estabelecido a partir de valores individuais relacionados principalmente a experiências pessoais e fatores culturais.¹

Atualmente, a odontologia está mudando seu enfoque da restauração de dentes cariados para o tratamento estético de dentes sadios. As pessoas procuram ter o sorriso perfeito, devido principalmente à influência dos meios de comunicação.

Para atender essas exigências estéticas atuais, as pesquisas avançam surgem novos materiais e novas técnicas para a melhoria das propriedades físicas e mecânicas de resinas, cerâmicas e agentes de união.

Assim, surgiram as facetas cerâmicas com maior resistência biomecânica, como as lâminas de porcelana ultrafinas, com espessura de 0,2 a 0,5 mm,

chamadas popularmente de “lentes de contato dentais”, devido à semelhança de espessura e translucidez com as lentes de contato oculares. Elas podem ser confeccionadas de maneira tradicional ou ainda projetadas utilizando a tecnologia de CAD/CAM para maior precisão no ajuste. Estas lâminas são adaptadas à face vestibular dos dentes anteriores e exigem um mínimo desgaste, por isso tem se estabelecido como uma modalidade efetiva de tratamento. Estas restaurações indiretas oferecem soluções satisfatórias para corrigir alterações de cor, forma e tamanho.

Neste trabalho realizamos uma revisão de literatura e descrevemos um caso clínico, apresentando as lentes de contato como ótima alternativa protética e solução eficaz para obter a estética do sorriso sem comprometer a saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

Evolução dos laminados cerâmicos

A primeira restauração de porcelana em um dente preparado foi confeccionada no século XIX.

1 Professor Assistente de Dentística Restauradora, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

2 Cirurgiã-dentista, graduada na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

3 Pós-doutoranda em Dentística Restauradora, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

4 Cirurgiã-dentista, Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional e Estética.

Embora se tenha obtido sucesso, a aplicação destes trabalhos foi limitada, pois as técnicas de cocção da porcelana ainda não estavam totalmente dominadas e esclarecidas, e as técnicas de fixação das coroas sobre seus preparos eram apenas temporária, por justaposição dos cimentos.² Com a invenção do forno elétrico, em 1894, e da porcelana de baixa fusão em 1898, tornou-se possível a confecção de coroas totalmente cerâmicas sobre uma lâmina de platina.

Porém, somente em 1903, após o aperfeiçoamento das cerâmicas fundidas em altas temperaturas, é que foi possível a introdução das coroas de jaqueta de porcelana, introduzindo de forma definitiva a cerâmica na odontologia restauradora.³

O condicionamento do esmalte com ácido fosfórico proposto por Buonocore⁴ (1955) deu início a uma nova fase da odontologia, a "era da adesão". A partir disso, passou-se a estudar a possibilidade de utilizar os laminados como uma técnica definitiva para reabilitação estética, explorando a união entre a porcelana e a superfície dental por meio de adesão micromecânica.⁵

McLean⁶ (1965) introduziu a porcelana feldspática reforçada por óxido de alumínio. A popularidade dos laminados cerâmicos foi retomada nos anos 80, a partir da introdução do condicionamento da porcelana por ácido fluorídrico e a silanização da peça, de maneira a aumentar a adesão com o cimento resinoso.⁷ Neste momento, a utilização de laminados de porcelana como técnica conservadora teve maior destaque na odontologia estética.

Atualmente, com o domínio tecnológico da fabricação de cerâmicas associados a potentes e controlados fornos de queima, as cerâmicas dentais apresentam características físicas e mecânicas excelentes, representando, dentre os materiais dentários com finalidade restauradora, a melhor opção na busca de uma cópia fiel dos elementos dentários.^{3,8}

O desenvolvimento de peças de cerâmica reforçadas tornou possível realizar facetas muito finas, com espessura entre 0,2 e 0,5 mm, que são as chamadas lentes de contato dentais. Atualmente, restaurações com laminados cerâmicos são consideradas previsíveis em termos de longevidade, resposta periodontal e satisfação do paciente.⁹

Hoje, existem sistemas como o CAD/CAM, que podem tornar a produção de laminados mais fácil, com uma aparência natural.^{10,11} A necessidade de um material de qualidade uniforme, a redução dos custos de produção e a padronização do processo de fabricação têm incentivado os pesquisadores a automatizar o processo manual convencional através do uso desta tecnologia desde a década de 80.¹²

Indicações e Contraindicações

A indicação da faceta de porcelana deve ser precedida de uma análise do caso e a constatação da real necessidade deste tratamento, pois o bom senso é fundamental, já que a conservação de estruturas dentárias é um dos objetivos.²

Mudanças discretas na cor dos dentes, fechamento de diastemas, restaurações em dentes com fraturas pequenas, irregularidades, mudanças no contorno dentário, camuflagem de restaurações classes III, IV e V, são alguns exemplos de indicações para lentes de contato.¹³ Dentes pequenos e lingualizados também são ideais para a aplicação das mesmas sem a necessidade desgaste dental prévio.¹⁴

Por outro lado, a aplicação de lentes de contato dentais está contraindicada em dentes expostos à elevada carga oclusal. Hábitos para-funcionais como o bruxismo, grande modificação de posicionamento dentário, grande destruição coronária, alterações importantes de cor, dentes salientes, restaurações extensas e presença de doença periodontal não favorecem o planejamento com esses laminados.^{15,16} Quantidade de esmalte insuficiente para a obtenção de uma boa adesão¹⁷ e pacientes com higiene bucal inadequada^{18,19} também são contraindicações.

Vantagens e Desvantagens

Uma das grandes vantagens das lentes de contato dentais é que em dentes com alteração de forma e sem alteração de cor as facetas podem ser executadas sem nenhum tipo de preparo.²⁰

São extremamente seguras e previsíveis. Têm propriedades ópticas semelhantes ao dente natural, estabilidade química, excelente biocompatibilidade, boas propriedades físicas e mecânicas quando comparadas às restaurações diretas com resinas compostas, ou seja, menor manchamento bem como melhor polimento final. Também maior efetividade de adesão e possibilidade de reversão, além de ser uma excelente opção restauradora estética em reabilitação oral. Além disso, este material retém menos placa bacteriana e apresenta boa resistência à abrasão.^{2,21,22}

Apesar disso, também existem desvantagens no uso da lente de contato dental, pois devido à pequena remoção de estrutura dentária, há um limite na possibilidade de correção do sorriso. E, em alguns casos, a lente de contato pode dar ao sorriso uma aparência volumosa e pode fraturar em pacientes que apresentam hábitos para-funcionais, como bruxismo ou apertamento.²⁰ Além disso, vale destacar a dependência de técnicos qualificados e laboratórios especializados como desvantagens.²

Lentes de contato e o periodonto

Segundo Ferencz²³ (1991), o sucesso das peças indiretas não é medido apenas no ato da cimentação, e sim ao longo do tempo, por estar integrada com a estética e mais ainda com os tecidos periodontais, dependendo da saúde e estabilidade dos mesmos.

Em condições normais, o espaço biológico é a distância compreendida entre a base do sulco gengival e a crista óssea alveolar, constituído pelo epitélio juncional e inserção conjuntiva. Para preservar a saúde periodontal o espaço biológico deve ser respeitado, ou seja, o ideal é que haja em torno de 3

mm de estrutura dental sadia entre o preparo protético e a crista alveolar. Do contrário, haverá uma inflamação gengival e possível formação de bolsa periodontal, seguido de reabsorção óssea, ocasionando assim problemas estéticos.²⁴

Por isso, quanto mais sub-gengival for o término do preparo, maior a severidade da inflamação.²⁵ Para Larato²⁶ (1969) o melhor término do preparo é o supra-gengival ou mesmo no nível da gengiva, que proporcionam maior facilidade de limpeza e menor formação de placa.

Existe sempre uma solução de descontinuidade entre a linha terminal do preparo e a peça protética. A solução de continuidade é preenchida inicialmente por cimento, este cimento é solúvel ao meio bucal. Com sua dissolução, aumenta o espaço livre, facilitando a colonização de bactérias. Em uma superfície com alto polimento e com bom vedamento cervical, o epitélio juncional poderia se aderir à superfície evitando esses problemas.²⁷

Outro aspecto preocupante é o sobrecontorno da lâmina, o que pode levar a uma recessão gengival num curto período de tempo.²³ Portanto, a redução cervical durante o preparo deve ser o suficiente para abrigar a restauração, sem causar o sobrecontorno.²⁵

Ainda, a moldagem deve ser realizada após 7 dias do preparo, evitando assim a recessão gengival. Além disso, a inserção do fio retrator durante a mesma deve ser cuidadosa para evitar agressão ao tecido conjuntivo adjacente.²³ Após a cimentação, os bordos da restauração devem ser extremamente polidos e os excessos do cimento devem ser removidos com fio dental, já que a sonda periodontal pode riscar a peça.²⁸

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 32 anos de idade procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA – UNESP), queixando-se de espaços entre os dentes, que lhe gerava desconforto estético. Ao exame clínico observou-se que a paciente apresentava ausência de volume vestibular e diastemas entre os dentes anteriores superiores. Assim, após anamnese detalhada e minucioso exame radiográfico, o tratamento de eleição sugerido à paciente foi a realização de facetas laminadas do tipo lente de contato nos dentes 11, 12, 13 e 21, 22, 23 para o aumento do volume vestibular dos dentes, alteração de contorno e fechamento dos diastemas.

Após apresentar o plano de tratamento para a paciente, com seu consentimento, foram realizadas as fotografias iniciais (Figura 1) e a moldagem com alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polesine, Italy) para a obtenção dos modelos de estudo.



Figura 1 - Fotografias do aspecto inicial do paciente. Vista frontal (A); vista lateral direita (B); vista lateral esquerda (C).

Foi realizado o enceramento diagnóstico do modelo e a partir desse, confeccionado um mock-up de resina bisacrílica quimicamente ativada para mostrar o possível aspecto final para a paciente.

Na consulta seguinte, foram realizados os preparos nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23. Os desgastes tiveram a espessura de aproximadamente 0,3 mm e a redução foi feita apenas nas faces vestibulares, estendendo-se para região interproximal, a fim de esconder a linha de cimentação e favorecer a melhor adaptação dos laminados (Figuras 2), foi realizada também mínima redução incisal. Para estes procedimentos foi utilizada a ponta diamantada 2200 (KG Sorensen, Barueri, SP, Brazil).



Figura 2 - Preparos de desgaste mínimo nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23.

Um fio de afastamento gengival Ultrapack, de pequeno diâmetro (000) (Ultradent Produtos Odontológicos, Indaiatuba, SP, Brasil) foi inserido no sulco gengival para facilitar a visualização da linha de término durante a etapa de acabamento dos preparos (Figura 3). O acabamento dos preparos foi obtido com discos abrasivos Sof-Lex Pop On (3M/ESPE Dental Products, St. Paul, EUA).



Figura 3 - Inserção do fio retrator 000 para a exposição dos terminos dos preparos.

Na mesma sessão, foi realizada a moldagem dos preparos inserindo um novo fio retrator 000 no sulco gengival para afastamento dos tecidos. A moldagem foi realizada em etapa única, utilizando silicona de adição Express XT (3M/ESPE Dental Products St. Paul, EUA) em moldeira dupla descartável parcial Moldex (Angelus Ind. de Produtos Odontológicos S/A, Londrina, PR, Brasil). O material pesado foi manipulado sem luva e colocado na moldeira, enquanto o material leve foi depositado diretamente sobre os dentes preparados. A moldeira contendo o material pesado foi levada até a boca e a paciente ocluiu sobre ela, completando a moldagem dos preparos e do arco antagonista.

Utilizando a escala Vitapan Classical Shade guide (Vita **Zahnfabrik**, Bad Säckingen, Alemanha), foi realizada a escolha da cor das lentes de cerâmica e um mapa cromático para melhor comunicação com o protético. A moldagem foi enviada ao laboratório para confecção das lentes de contato em IPS E-max (Ivoclar-Vivadent, Barueri, SP, Brasil). Na consulta subsequente foi realizada a prova individual e simultânea de todas as lentes de contato. Iniciada pela análise extrabucal das peças, na qual é investigada a presença de trincas, a forma e a cor. Em seguida, foi realizada a análise intrabucal (Figura 4), onde é avaliado o aspecto estético, novamente a cor, a forma e conferida a integridade marginal e adaptação das peças sobre os preparos, utilizando uma sonda exploradora.



Figura 4 - Prova das lentes de contato dentais.

Para iniciar a etapa de cimentação, foi realizado tratamento interno da superfície de todas as lentes de contato, começando pela limpeza com álcool 70, seguida pelo condicionamento com ácido fluorídrico a 10% (Condac Porcelana - FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) por 10 segundos.

As peças foram lavadas com água e secas com suaves jatos de ar. O silano ou primer de porcelana (Dentsply Brasil, Petrópolis, RJ, Brasil) foi aplicado em toda superfície interna das lentes por um minuto (Figura 5).



Figura 5 - Silano aplicado em toda a superfície interna da lente de contato.

Foi realizado tratamento das superfícies dentais, introduzindo no sulco gengival dos dentes preparados um fio retrator 000 (Figuras 6), seguido pelo condicionamento da superfície dental com ácido fosfórico 37% (Condac - FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos.



Figura 6 - Fio retrator em posição anteriormente à cimentação das peças.

Lavou-se abundantemente com água e secou-se com leves jatos de ar. Foi feita a troca do fio retrator úmido, para impedir a infiltração marginal. Aplicou-se então o adesivo fotopolimerizável Single Bond 2 (3M/ ESPE Dental Products St. Paul, EUA) (Figura 7).



Figura 7 - Aplicação do sistema adesivo fotopolimerizável na superfície condicionada.

Após a fotopolimerização do sistema adesivo durante 10 segundos, as lentes de contato foram cimentadas na seguinte ordem: elemento 11, 21, 12, 22, 13, 23. Para tanto, o cimento resinoso fotopolimerizável Variolink II na cor A2 (Ivoclar, Barueri, SP, Brasil) foi utilizado, cuidando para que não houvesse formação de bolhas.

Após as peças assentadas, os excessos foram removidos com auxílio de pincel e fio dental. Cada lente de contato foi fotopolimerizada por 60 segundos. Os excessos de cimento cervicais foram removidos com lâmina de bisturi número 12. O acabamento e polimento realizado com borrachas para acabamento de cerâmica.

Após a cimentação foram realizados ajustes oclusais em máxima intercuspidação habitual, protrusão e lateralidade, com a finalidade de eliminar qualquer contato prematuro ao final do tratamento (Figura 8).



Figura 8 - Aspecto frontal final das lentes de contato.

DISCUSSÃO

Esse caso clínico demonstra que, por meio de um diagnóstico multidisciplinar minucioso e de um planejamento prévio com fotografias, modelos de estudo, enceramento e planejamento, é possível tornar as reabilitações complexas em procedimentos seguros, rápidos e previsíveis.

O bom desempenho clínico das lentes de contato pôde ser observado pela estabilidade de cor e resistência em longo prazo, com o mínimo de desgaste dental.

Kacker et al.²⁹ (2011) salientaram que a falha no diagnóstico e planejamento pode levar a resultados indesejados, como dentes excessivamente salientes, com sobrecontorno, monocromáticos e artificiais, visto que o não-preparo deve ser aplicado em casos específicos. Na maioria das situações um pequeno desgaste da estrutura dental é necessário para que o ceramista tenha condições de criar a peça de maneira adequada e esteticamente aceitável, assim como para melhores propriedades físicas da restauração indireta.

Em resumo, o preparo para facetas laminadas deve permitir simultaneamente uma adaptação marginal ideal da restauração final e preservar o máximo possível de tecido dental. Deve-se tomar cuidado para manter o preparo completamente em esmalte visto que, embora existam diversos sistemas adesivos, a resistência de união de porcelana ligada ao esmalte ainda é superior quando comparado com a resistência de união de porcelana ligada à dentina.³⁰

Desta forma, alguns cuidados foram tomados durante a realização deste caso clínico. O preparo foi mínimo, preservando os tecidos e mantendo todo o contorno em esmalte intacto para garantir adesão satisfatória, melhor distribuição das tensões no sistema de esmalte-cerâmica e dentes com aparência natural e volume ideal. Estendemos os preparos para as proximais, a fim de esconder as linhas de cimentação, obtendo estética e melhorando também a adaptação das peças sobre os dentes preparados. Um fio de afastamento gengival de pequeno diâmetro foi inserido no sulco gengival para impedir injúrias aos tecidos durante o preparo e facilitar a visualização da linha do término, garantindo que não seja ultrapassado o limite de 0,5 mm intra-sulcular, otimizando a estética, diminuindo o acúmulo de placa, favorecendo a higienização e preservando o espaço biológico, garantindo assim saúde periodontal em longo prazo.

Como o desgaste foi restrito ao esmalte, a paciente permaneceu sem provisórios para facilitar a higienização e evitar qualquer inflamação dos tecidos periodontais que comprometesse a etapa de cimentação.

O material de escolha para moldagem foi a sílica de adição, pelo fato de ser um material mais estável e oferecer maior precisão. Além disso, o uso do fio retrator para afastar os tecidos e manter a

superfície seca favoreceu a definição dos bordos da moldagem.³¹

A técnica adesiva para cimentação das lentes de cerâmica foi permitiu um excelente vedamento marginal, reforço à estrutura dental remanescente além de permitir a escolha da cor do cimento. O agente cimentante utilizado foi um cimento fotopolimerizável. É válido destacar que este tipo de cimento pode alterar a cor das peças após sua presa final, devido à amina terciária presente em sua formulação. Portanto, é necessária atenção durante sua utilização.

CONCLUSÃO

O uso das lentes de contato é uma alternativa conservadora e efetiva para restabelecer a forma, cor e função dos dentes anteriores e solucionar casos de maneira satisfatória e duradoura desde que alguns cuidados sejam tomados.

ABSTRACT

Nowadays, patients are mostly concerned in obtaining an esthetically favorable smile, involving bright, well-aligned teeth and within the standards of beauty dictated by contemporary society. Carrying a beautiful smile has been both health and success references and may also be related to a better social or even professional perspective. Laminate veneer turn to be the greatest choice due to demand attached to material and technical refining and treatment accessibility, they are based on tooth enamel recovered by a very thin ceramic layer named laminate veneer which is bonded to the teeth, procedure that enables shape re-establishment, size changing and placement correction. Furthermore, nowadays laminate veneers present excellent physical and optical properties, high level of biocompatibility which enables aesthetic and structural biomechanical integrity development, and when it is well indicated, provide a highly satisfactory treatment, with greater longevity and minimal or no teeth wearing.

UNITERMS: Dental veneers; Tooth preparation; Cimentation; Ceramics; Porcelain.

REFERÊNCIAS

- 1- Giddon DB. Aplicações ortodônticas de estudos psicológicos e perceptuais da estética facial. In: Sadowsky PL, Peck S, King G, Laskin DM. *Atualidades em Ortodontia*. São Paulo: Ed. Premier; 1997. p. 79-88.
- 2- Mondelli RFL, Coneglian EAC, Mondelli J. Reabilitação estética do sorriso com facetas indiretas de porcelana. *Biodonto* 2003; 1(5):22-43.
- 3- Noort R, *Introdução aos materiais dentários*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 4- Buonocore MG. [A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces](#). *J Dent Res* 1955; 34(6):849-853.
- 5- Radz GM. Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clin North Am* 2011; 55(2):353-370.
- 6- McLean JW. A higher strength porcelain for crown and bridge work. *Br Dent J* 1965; 21;119(6):268-272.
- 7- Calamia JR, Simonsen RJ. Effects of coupling agents on bond strength of etched porcelain. *J Dent Res* 1985; 64:296 (Special issue).
- 8- Craig RG, Powers JM. *Materiais dentários restauradores*. 11 ed. São Paulo: Ed.Santos; 2004.
- 9- Shetty A, Kaiwar A, Shubhashini N, Ashwini P, Naveen D, et al. Survival rates of porcelain laminate restoration based on different incisal preparation designs: an analysis. *J Conserv Dent* 2011; 14(1):10-15.
- 10- Davidowitz G, Kotick PG. The use of CAD/CAM in dentistry. *Dent Clin North Am* 2011; 55(3):559-570.
- 11- Seydler B, Schmitter M. Esthetic restoration of maxillary incisors using CAD/CAM chairside technology – a case report. *Quintessence Int* 2011; 42(7):533-537.
- 12- Wittneben JG, Wright RF, Weber HP, Gallucci GO. A systematic review of the clinical performance of CAD/CAN single-tooth restorations. *Int J Prosthodont* 2009; 22(5):446-471.
- 13- Shuman I. Simplified restorative correction of the dentition using contact lens-thin porcelain veneers: a report of three cases. *Dent Today* 2006; 25(1):88-92.
- 14- Mazaro JV, Zavanelli AC, Pellizzer EP, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. *Rev Odont Araçatuba* 2009; 30(1):51-54.
- 15- Christensen GJ. Veneer mania. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(8):1161-1163.
- 16- Francci C, Witzel MF, Lodovici E, Costa JA, Lenza JV, et al. Odontologia estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. *Rev Fundect* 2011; 10:8-9.
- 17- Severo LS, Machado AA. Facetas laminadas de cerâmica. *Rev Odonto Ciên* 1989; 2(8):9-21.
- 18- Lang AS, Starr CB. Castable glass ceramics for veneer restorations. *J Prosthet Dent* 1992; 67(1):590-594.
- 19- Schmidseider J. Facetas do planejamento a manutenção. In: Schmidseider J. *Odontologia estética*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 205-224.
- 20- Javaheri D. Considerations for planning esthetic treatment with veneers involving no or minimal preparation. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(3):331-337.

- 21- Clavijo VGR, Cavaretti MH, Beltrán MC, Ferreira LA, Andrade MF. Fragmentos cerâmicos. Clin Int J Braz Dent 2010; 6(3):290-299.
- 22- Fons-Font A, Solá-Ruiz MF, Granell-Ruiz M, Labaig-Rueda C, Martínez-González A. Choice of ceramic for use in treatments with porcelain laminate veneers. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11(3):E297-E302.
- 23- Ferencz JL. Maintaining and enhancing gingival architecture in fixed prosthodontics. J Prosthet Dent 1991; 65(5):650-657.
- 24- Bichacho N. Achieving optimal gingival esthetics around restored natural teeth and implants. Dent Clin N Amer 1998; 42(4):763-780.
- 25- Jameson LM. Crown contours and gingival response. J Prosthet Dent 1982; 47(6):620-624.
- 26- Larato DC. The effect of crown margin extension and gingival inflammation. J South Calif Dent Assoc 1969; 37(11):476-478.
- 27- Martins T. Prótese parcial fixa II. 2009. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/TiagoMartins27/prtese-fixa-inter-relao-com-periodontia-2011>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- 28- Silness J. Fixed prosthodontics and periodontal health. Dent Clin North Am 1980; 4(2):317-329.
- 29- Kracker MD, Yarovesky U, Jдали L. Ultra-thin veneers: beautiful and natural. Dent Today 2011; 30(7):102-105.
- 30- Calamia JR, Calamia CS. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. Dent Clin North Am 2007; 51(2):399-417.
- 31- Mezzomo E, Suzuki RM. Reabilitação Oral Contemporânea. São Paulo: Ed. Santos; 2009.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Professor Assistente Dr. Ricardo Coelho Okida
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp
Departamento de Odontologia Restauradora
Rua José Bonifácio, 1193 - Araçatuba
CEP 16015-050.
Fone: (18)3636-3253
rcokida@foa.unesp.br

