

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO AESTHETIC REHABILITATION OF SMILE

Alex Correia **VIEIRA**¹
Mario Cezar Silva de **OLIVEIRA**¹
Adriana Castro Vieira **ANDRADE**¹
Nelson **GNOATTO**¹
Eliane Ferreira dos **SANTOS**²
Maria Leticia Passos de Medeiros **NETTO**²

RESUMO

A estética do sorriso correlaciona a harmonia dos dentes, gengiva e lábios com as estruturas faciais. Diante da importância da obtenção desta harmonia para o restabelecimento da estética, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de abordagem terapêutica interdisciplinar, empregando protocolos da odontologia restauradora e da cirurgia plástica periodontal. O paciente procurou atendimento para solucionar sua insatisfação com a forma, cor e assimetria dos dentes, presença de diastemas e a aparência gengival excessiva durante o sorriso. Assim, o tratamento constituiu-se de procedimentos profiláticos para controle do biofilme dental, gengivoplastia nos dentes incisivos, caninos e pré-molares superiores, clareamento dental e confecção de laminados cerâmicos com preparos minimamente invasivos. Utilizou-se o planejamento digital do sorriso como ferramenta para o ensaio restaurador, em cuja fase a participação do paciente teve fundamental importância nas decisões do tratamento definitivo, tendo como resultado uma melhor harmonização da estética dental e gengival, e recuperação da sua autoestima.

UNITERMOS: Gengivoplastia; Porcelana Dentária; Estética Dentária.

INTRODUÇÃO

Um sorriso belo é o que proporciona uma correlação de harmonia entre as proporções, o posicionamento, a forma e as cores das unidades dentais, assim como uma apropriada inter-relação entre dentes, gengiva e lábios¹. Para que estes elementos do sorriso se relacionem harmonicamente com as estruturas faciais, é imprescindível que seja realizada uma análise eficaz e minuciosa das características da face, visando a reproduzir uma adequada simetria, sendo muitas vezes necessário um tratamento interdisciplinar^{2,3}.

O equilíbrio entre a estética branca dental e a estética vermelha gengival é a chave do sucesso para a obtenção de resultados com excelência nos tratamentos reabilitadores. Assim, é indispensável o emprego de protocolos interdisciplinares nas diversas áreas da odontologia, principalmente a periodontia e a dentística restauradora, que estão intimamente relacionadas nos tratamentos atuais com finalidade estética⁴.

Entre os procedimentos mais indicados para restabelecer o resultado estético e funcional estão o uso dos laminados cerâmicos e a realização de cirurgias periodontais, como a gengivoplastia. Este procedimento cirúrgico periodontal objetiva melhorar

a estética do sorriso corrigindo o contorno gengival irregular e eliminando o excesso gengival sobre as superfícies coronárias, responsável pela aparência de coroas clínicas curtas. Também propicia o tratamento restaurador sem interferência no espaço biológico, bem como sua preservação e melhor manutenção, pois facilita a higienização^{5,6}.

Neste contexto, a periodontia, se dedica tanto à preservação da sustentação dos dentes e da saúde dos tecidos quanto a buscar agregar o equilíbrio funcional e estético, sendo de importância vital para a harmonia do sorriso⁷. Logo, é imprescindível a realização de um planejamento odontológico integrando as diferentes áreas, que seja capaz de diagnosticar, prognosticar, planejar e executar adequadamente os procedimentos de reabilitação oral^{8,9}.

Na avaliação diagnóstica interdisciplinar recomenda-se observar as condições periodontais, as características do sorriso, a estética branca dental, a presença de patologias como a cárie dental, alterações decorrentes de envelhecimento, bruxismo, lesões não cariosas, má oclusão, que podem acarretar o desequilíbrio na estética dentofacial. Dentre as várias opções de tratamento, destaca-se o uso das facetas dentais ou laminados cerâmicos, desenvolvidos para o recobrimento da face vestibular

1 Professor Adjunto da Área de Prótese Dentária da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

2 Graduandas do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

do esmalte dental mediante forte união por sistemas adesivos¹⁰.

Os laminados cerâmicos são amplamente utilizados em função de suas excelentes propriedades ópticas, resistência ao desgaste, biocompatibilidade, longevidade clínica, estabilidade de cor e previsibilidade de resultado^{1,3}. Tais propriedades permitem que sejam aplicados para otimizar a forma, posição do dente, correção de diastemas e melhorar a coloração dos dentes^{12,13}. Além disso, a melhoria nas propriedades mecânicas das cerâmicas e o avanço nos procedimentos adesivos têm possibilitado a confecção de restaurações ultrafinas (0,1 a 0,7 mm) e desgastes mínimos da estrutura dental, permitindo um tratamento minimamente invasivo e conservador¹⁴.

Diante da constante busca por procedimentos aprimorados que permitam, simultaneamente, a reabilitação da harmonia do sorriso, do complexo biológico e a recuperação da autoestima dos pacientes, a interdisciplinaridade tem um papel fundamental no planejamento e na execução do tratamento, para os quais abordagens estéticas periodontais e restauradoras devem ser do domínio da equipe clínica. Assim, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação estética do sorriso em uma abordagem interdisciplinar.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 28 anos, leucoderma, apresentou-se com insatisfação em relação ao formato e cor dos dentes. Ao exame intrabucal, constatou-se que os dentes 11 e 21 apresentavam facetas de resina composta com alterações de cor e textura, desgastes e fraturas das bordas incisais, além de desvio em relação à linha média (Figuras 1). A avaliação clínica e radiográfica periodontal mostrou uma condição saudável, isenta de inflamação gengival ou perda no nível clínico de inserção, porém foi diagnosticado sorriso gengival com etiologia dentogengival, caracterizado pela distribuição assimétrica de pseudobolsas decorrentes da erupção passiva alterada no periodonto marginal de determinadas unidades dentárias.



Figura 1 – Sorriso inicial.

Diante destes achados, o plano de tratamento constituiu-se de cirurgia periodontal, para aumento das coroas clínicas nas faces vestibulares dos dentes, melhor simetria e harmonia dos zênites gengivais, e

a realização de laminados cerâmicos das unidades 14 a 24 para uma melhor harmonização estética do sorriso.

CIRURGIA PERIODONTAL

A técnica da gengivoplastia de bisel interno foi planejada para eliminação das pseudobolsas e aumento das coroas clínicas dos incisivos, caninos e pré-molares superiores. E para o planejamento das incisões, foi realizada a sondagem gengival com sonda milimetrada de Williams PCP-10 (Hu-Friedy, Chicago, USA) no intuito de localizar a junção amelocementária dos dentes envolvidos. Pontos sangrantes foram marcados então, por meio de perfurações com a ponta da sonda no nível desta junção, em 3 sítios da gengiva vestibular de cada dente (distovestibular, vestibular central e mesiovestibular), para guiar o trajeto das incisões.

Com bisturi de Bard Parker (Hu-Friedy, Chicago, USA) número 3 e lâmina 15C, foram realizadas as incisões em bisel interno orientadas pelos pontos sangrantes, no nível da junção amelocementária e a excisão do colar gengival marginal foi finalizada com o auxílio de uma cureta de Goldman-Fox número 3 (Hu-Friedy, Chicago, USA). Ao término da gengivoplastia, uma sondagem transgengival foi realizada através do sulco gengival vestibular desses dentes, em 3 sítios por dente, a fim de se identificar a distância entre as margens gengivais resultantes do procedimento e a crista óssea alveolar. Nos sítios em que se observou distância menor que 2,5 mm (pré-molares bilaterais), procedeu-se à complementação do aumento de suas coroas clínicas pela associação da técnica de retalho de espessura total, nas faces vestibulares unicamente e sem comprometimento das cristas ósseas interproximais, com osteotomia variando entre 1,0 e 1,5 mm nas margens ósseas para o restabelecimento de uma faixa dental cervical de 2,5 mm para o restabelecimento das distâncias biológicas. Suturas do tipo colchoeiro horizontal foram realizadas com fio de nylon no 5-0 e agulha de 1.7mm, 1D 2 círculo (Figura 2).



Figura 2 – Pós-cirúrgico imediato.

A avaliação pós-operatória ocorreu após 48 horas e aos 7 dias, quando foi feita a remoção das suturas. Nesse período, o paciente não relatou sintomatologia dolorosa ou desconforto de qualquer ordem. Para a realização da etapa restauradora, foi aguardado o período de 90 dias para a completa

cicatrização tecidual e estabilização dos contornos gengivais, sob preservação clínica aos 30 e 60 dias pós-operatórios (Figura 3).



Figura 3 – Aspecto após completa cicatrização tecidual.

FASE LABORATORIAL DE PLANEJAMENTO

Devido a insatisfação com a coloração dos dentes e a necessidade da confecção de preparos conservadores para laminados de menor espessura, foi realizado o clareamento dental por meio da técnica associada (caseiro e consultório). Então, inicialmente foram moldadas as arcadas superior e inferior com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply, Petrópolis, Brasil) e confecção dos modelos e moldeiras de acetato (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) para a execução do clareamento caseiro. Após a realização destes procedimentos, foi feita a primeira sessão de clareamento de consultório utilizando o Opalescence Extra Boost PF 38% (Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), seguindo-se as recomendações do fabricante. Após a finalização da sessão, foi verificada a adaptação das moldeiras e o paciente foi instruído sobre o uso destas e o modo de realização do clareamento caseiro, sendo selecionado para este o Opalescence 15% (Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), usado durante 04 horas diárias pelo período de 15 dias.

Com a finalização do clareamento caseiro, o paciente retornou para a realização de mais uma sessão de clareamento de consultório, seguindo-se o mesmo protocolo e uso do mesmo produto. Posteriormente, foi realizado o polimento dentário com disco de feltro e pasta diamantada (Diamond Excel, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) e em seguida as arcadas dentárias foram moldadas novamente com alginato, os modelos de estudo confeccionados, e através das fotografias extra e intra-bucais do paciente foi realizado o planejamento digital do sorriso (DSD) no programa PowerPoint. Este planejamento e os modelos foram enviados para o laboratório de prótese dentária para a realização do enceramento diagnóstico.

ENSAIO RESTAURADOR (MOCK-UP) E PREPARES DENTAIS

Uma moldagem do enceramento foi realizada com silicone de adição (Variotime, Heraeus Kulzer, Alemanha) para se obter um guia para a confecção do mock-up, que foi recortado e verificada sua adaptação em boca. Em seguida, a resina bisacrílica (Protemp 4, 3M-ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil)

foi inserida na face interna da guia, de forma suave, evitando-se formação de bolhas, e então levada em boca. Após 3 a 5 minutos, esta estava polimerizada e a guia foi removida da boca, removendo os seus excessos com uma sonda exploradora e observando os resultados. Através de uma análise criteriosa da estética obtida com este ensaio, o paciente aprovou o tratamento.

Para o preparo dos dentes, utilizou-se uma ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) para delimitar a canaleta de orientação sob a extensão cervical supragengival. Com a ponta diamantada 3216 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), realizou-se um desgaste de cerca de 1,5 mm nas bordas incisais das unidades 11 e 21, e de 1,0 mm nas unidades 12, 22, 13, 23, 14 e 24. Com esta, realizou-se também os desgastes dos terços incisal, médio e cervical da face vestibular, respeitando-se a inclinação conforme a convexidade do dente, com a profundidade de 0,7 mm para os incisivos centrais superiores e 0,5 mm para as demais unidades (Figura 4). Nas unidades 11 e 21, foram realizados também um chanfro no terço incisal de suas faces palatinas com a ponta 4138 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), com extensão de 0,5 mm de profundidade.



Figura 4 – Preparos dentais das unidades 14 ao 24.

Uma nova moldagem com silicone de adição (Variotime, Kulzer, Alemanha), utilizando fios retratores (Pro-Retract, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) de diferentes diâmetros (00 e 000) embebidos em hemostático (Hemostop, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) foi realizada em seguida. Com esta, foram confeccionados os modelos de trabalho com gesso especial tipo IV (Durone, Dentsply, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil) e estes enviados ao laboratório de prótese dentária para a confecção dos laminados cerâmicos.

As restaurações provisórias foram realizadas com a utilização da resina bisacrílica (Protemp 4, 3M-ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil), da mesma forma como foi realizado o *mock-up*.

PROVA E CIMENTAÇÃO DOS LAMINADOS CERÂMICOS

Previamente a cimentação dos laminados cerâmicos, analisou-se a cor, formato, tamanho e perfil de emergência destes em boca. As restaurações foram ajustadas até o seu completo assentamento nos preparos dentais. Conforme realizado todos os ajustes necessários, o cimento,

então, foi escolhido por meio de uma simulação com pastas *Try-in* do cimento Allcem Veneer (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), sendo selecionada a cor A1.

As superfícies internas das restaurações foram condicionadas com ácido hidrófluorídrico a 10% por 20 segundos (Condac Porcelana 10%, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil). Posteriormente, as superfícies foram lavadas abundantemente e secas, para a aplicação do silano (Prosil, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) por um tempo de 1 minuto. Após este período, secou-se e fez-se a aplicação do adesivo (Ambar, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil).

Os dentes envolvidos receberam fios retratores (Pro-Retract 000, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) e foram condicionados com ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 30 segundos, lavados abundantemente com água e secos com papel absorvente. Em seguida, o adesivo (Ambar, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) foi aplicado e fotopolimerizado durante 20 segundos.

O cimento resinoso A1 (Allcem Veneer, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) foi manipulado e inserido sob as superfícies internas, estas foram adaptadas aos elementos dentais e os excessos de cimento removidos com uma sonda exploradora no 5 e fio dental. Os laminados cerâmicos foram polimerizados por 40 segundos, os excessos de cimento removidos com lâmina de bisturi número 12 e foram tiradas fotografias do tratamento concluído (Figuras 5 e 6).



Figura 5 – Aspecto final intra-bucal após a cimentação.



Figura 6 – Sorriso final.

DISCUSSÃO

O formato labial, a posição dental e o contorno gengival determinam a harmonia do sorriso, sendo

esta descrita pelo paralelismo do lábio inferior com a borda incisal dos dentes superiores anteriores, acompanhados da elevação bilateral das comissuras labiais em um mesmo nível, expondo o corredor bucal simetricamente¹⁵. Neste contexto, a visibilidade da gengiva durante o sorriso também deve ser harmoniosa, expondo-se aproximadamente 2 a 3 mm da margem gengival¹⁶. Quando a aparência gengival se torna excessiva durante o sorriso, configura-se um caso com a denominação de sorriso gengival, cuja etiologia pode ser multifatorial, relacionada na maioria dos casos à erupção passiva alterada, como no presente relato de caso. Quando esta ou outras causas acarretam o sorriso gengival, a exemplo do excesso vertical da maxila, ou a forma ou hiperatividade muscular labiais, abordagens interdisciplinares se fazem necessárias^{17,9}.

O protótipo de tratamento “ideal” para as reabilitações orais nas quais a exposição excessiva do tecido gengival está presente, deve estar relacionado ao planejamento interdisciplinar para restabelecimento da saúde, oclusão e estética^{2,12}, através de procedimentos restauradores e técnicas cirúrgicas minimamente invasivas¹. Desta forma, o caso apresentado foi realizado através de um planejamento interdisciplinar, abordando procedimentos da dentística restauradora e a periodontia, para o restabelecimento da estética do sorriso, conforme indicado na literatura.

Durante a avaliação da estética vermelha, o contorno gengival deve ser regular e contínuo, com um pequeno deslocamento em direção coronária nos incisivos centrais e caninos superiores, e o zênite gengival, ponto mais alto do contorno gengival dos dentes individualmente, levemente distalizado em relação ao centro do dente. A papila interdental deve ser regular, ocluindo os espaços interdentais no formato de um “V” cujo vértice coincide com o ponto de contato interproximal.¹⁸ Levando-se estes fatores em consideração, foi realizado gengivoplastia na bateria anterior, pela técnica do bisel interno, para correção do contorno da margem gengival livre vestibular unicamente, uma vez que o tecido interproximal mostrava-se com a configuração morfológica ideal. Nos pré-molares superiores, o mesmo procedimento foi complementado com cirurgia de retalho de espessura total com osteotomia para garantir o restabelecimento de distâncias biológicas gengivais, com a localização pós-operatória da nova margem coincidindo com a junção ameloceamentária.

Devido a uma grande evolução das técnicas e materiais na Odontologia Restauradora, como as cerâmicas e resinas de última geração é possível reproduzir facetas estéticas que mimetizam com perfeição a estrutura dental. A confecção dessas facetas pela técnica direta em resina composta apresenta vantagens, tais como menor custo, facilidade de reparos e redução do tempo clínico. No

entanto, apresenta desvantagens consideráveis quando comparadas aos laminados cerâmicos, como a propensão ao manchamento, perda de lisura superficial e fraturas¹⁹, características estas que influenciaram e determinaram a escolha, pelo profissional e paciente, das restaurações cerâmicas na reabilitação do sorriso do caso clínico apresentado.

Em virtude da pequena espessura dos laminados cerâmicos, estes possuem limitações na capacidade de mascarar escurecimento dentais. A escolha correta de um sistema cerâmico envolve a avaliação do substrato dental (cor), assim como a espessura do material cerâmico a ser executado^{10,20}. Desta forma, foi proposto nesse caso clínico, a realização de um clareamento dental previamente à escolha do sistema cerâmico a ser utilizado, visto que a cor do substrato dental tem influência relevante nesse processo. Assim, a adequação da cor do substrato dental facilita a obtenção da estética pela translucidez natural da cerâmica, neutralizando a influência deste substrato no resultado final^{21,10}.

O uso de laminados cerâmicos no restabelecimento estético e funcional do sorriso é indicado por apresentarem elevado potencial estético e excelente integração com os tecidos periodontais²². Estes têm sido muito utilizados como uma excelente opção para a preservação do remanescente dental, proporcionando maior resistência mecânica e propriedades ópticas satisfatórias, sendo indicados para corrigir dentes com comprometimento estético, alteração de cor, forma e posição, fechamento de diastemas, abrasões incisais e erosão dental^{1,3}. No caso clínico em questão, o paciente apresentava cor insatisfatória dos elementos dentais, além de alterações de forma e desgaste das bordas incisais, que são indicações do uso dos laminados encontradas na literatura. Além disso, trata-se de um paciente jovem, o que determina a escolha de uma técnica restauradora com procedimentos minimamente invasivos e de preservação das estruturas dentais saudáveis.

CONCLUSÃO

Os resultados clínicos alcançados pela abordagem interdisciplinar proporcionaram mínimo desgaste dos tecidos dentais, otimização da estética vermelha e branca, além de melhorar significativamente a saúde, a função e a estética de um paciente com sorriso gengival e morfologia dentária insatisfatória.

ABSTRACT

The aesthetics of the smile correlates the harmony of the teeth, gingiva and lips with the facial structures. Considering the importance of obtaining this harmony for aesthetics reestablishment, this article reports a case of an interdisciplinary therapeutic approach, using restorative and periodontal plastic surgery dentistry protocols. The

patient sought care to resolve his dissatisfaction with teeth shape, colour and asymmetry, presence of diastema, and excessive gingival appearance during smile. Therefore, the treatment consisted of prophylactic procedures to control the dental biofilm, gingivoplasty of superior incisors, canines and premolars, dental bleaching and confection of ceramic laminates with minimally invasive preparations. Digital smile planning was used as a tool for a restorative test, in which the patient's participation was of fundamental importance in the definitive treatment decisions, resulting in a better dental and gingival aesthetics harmonization, and recovery of his self-esteem.

UNITERMS: Gingivoplasty; Dental Porcelain; Dental Esthetics.

REFERÊNCIAS

- 1- Fradeani M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain Laminate Veneers: 6-to 12-Year Clinical Evaluation-A Retrospective Study. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2005; 25(1):9-17.
- 2- Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: A Cochrane systematic review. *J Periodontol* 2010; 81:452-478.
- 3- Morais A, Esteves CM, Dias RO, Rodrigues JA, Reis AF, Duarte PM. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2010; 64(2):104-11.
- 4- Saudoon AP. Tudo sobre o sorriso. In: Romano R. *A arte do sorriso*. São Paulo: Quintessence, 2006. p. 265-295.
- 5- Dantas AAR, Silva ERC, Sako JS. Tratamento Estético Periodontal: Revisão de Literatura Sobre Alguns Tipos de Cirurgia. *Rev Odont* 2012; 24(3):226-34.
- 6- Mangani F, Cerutti A, Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. *Eur J Esthet Dent* 2007; 2:188-209.
- 7- Rezende MO, Cardoso PC, Oliveira MBRG, Porfirio W. Laminados cerâmicos minimamente invasivos. *Int J Braz Dent* 2009; 5(2):182-92.
- 8- Arruda WB, Siviero M, Soares MS, Costa CG, Tormano IP. Clínica Integrada: O desafio da integração multidisciplinar em odontologia. *RFO* 2009; 14:51-55.
- 9- Cardia GS, Tormena M, Tolentino ES, Pinto GNS, Tolentino LS. Planejamento integrado periodontal e restaurador – Relato de caso clínico. *Braz J Periodontol* 2016; 26(2):48-52. (
- 10- Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJ. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central* 2011; 20(52):88-93.

- 11- Morais A, Esteves CM, Dias RO, Rodrigues JA, Reis AF, Duarte PM. Cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2010; 64(2):104-11.
- 12- Albanesi RB, Pigozzo MN, Sesma N, Lagana DC, Morimoto S. Incisal coverage or not in ceramic laminate veneers: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2016; 52:1-7.
- 13- Dozic A, Tsagkari M, Khashayar G, Aboushelib M. Color management of porcelain veneers: influence of dentin and resin cement colors. *Quintessence Int* 2010; 41(7):567-573.
- 14- Baratieri LN, Guimarães J. Laminados Cerâmicos. In: Baratieri LN *et al.* *Soluções Clínicas: fundamentos e técnicas*. 1 ed. Santa Catarina: Ponto; 2008. p. 314-71.
- 15- Sans M; Teughels W. Innovations in non-surgical periodontal therapy: Consensus report of the sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35:3-7.
- 16- Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000; 11:18-28.
- 17- Araújo M, Kina S, Bruguera A. Manejo do sorriso gengivoso. *R Dental Press Implantol* 2007; 7(2):68-75.
- 18- Conceição EN. Aplicações clínicas dos sistemas cerâmicos em dentes anteriores. In: Conceição EN, *et al.* *Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes*. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2007. p. 250-283.
- 19- Rezende MO, Cardoso PC, Oliveira MBRG, Porfirio W. Laminados cerâmicos minimamente invasivos. *Int J Braz Dent* 2009; 5(2):182-92.
- 20- Silva WO, Almeida RF, Leal L, Carvalho Junior EU. Recontorno estético multidisciplinar com cirurgia plástica gengival e laminados cerâmicos de dissilicato de lítio: passo a passo. *Rev Dental Press Estét* 2015; 12(4):101-18.
- 21- Reis GR, Vilela ALA, Silva FP, Borges MG, Santos-Filho PC, Menezes MS. Minimally Invasive Approach In Esthetic Dentistry: Composite Resin Versus Ceramics Veneers. *Biosci J* 2017; 33(1):238-246.
- 22 - Magne P, Cascione D. Influence of post-etching cleaning and connecting porcelain on the microtensile bond strength of composite resin to feldspathic porcelain. *J Prosthet Dent* 2006; 96(5):354-61.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alex Correia Vieira

Avenida Professor Magalhães Neto, n.1741 -
 apt.505
 Pituba, Salvador-Ba. CEP: 41810-011.
 E-mail: vieira.leko@gmail.com

