

REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DO SORRISO COM RESTAURAÇÕES CERÂMICAS DE DIFERENTES ESPESSURAS

AESTHETIC AND FUNCTIONAL REHABILITATION OF SMILE WITH CERAMIC RESTORATIONS OF DIFFERENT THICKNESS

Alex Correia **VIEIRA**¹
Mario Cezar Silva **DE OLIVEIRA**²
Adriana Castro Vieira **ANDRADE**²
Nélia de Medeiros **SAMPAIO**²
Lanna Bomfim **NASCIMENTO**³
Jaqueline Araújo **DE LIMA**³

RESUMO

A busca pela saúde bucal passou a não se limitar apenas à remoção da dor ou restabelecimento da função, mas, também, à devolução da forma, proporção, cor e características perdidas do elemento dentário, almejando um sorriso harmônico e estético. Assim, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de um tratamento de reabilitação estética do sorriso com o uso de restaurações cerâmicas de diferentes espessuras: laminados cerâmicos e coroas totais unitárias. Abordando, desta forma, todas as etapas clínicas, desde o planejamento, escolha do material à cimentação das restaurações. A realização deste tratamento reabilitador com o uso de uma cerâmica à base de dissilicato de lítio possibilitou a recuperação funcional e estética do sorriso, além da satisfação e melhora da autoestima da paciente, sendo este sucesso atribuído, a um bom planejamento, escolha do material, conhecimento da técnica dos preparos dentais convencionais e minimamente invasivos, e dos procedimentos restauradores, levando-se em consideração as necessidades e expectativas do paciente.

UNITERMOS: Facetas Dentárias; Cerâmicas; Estética Dentária.

INTRODUÇÃO

A odontologia restauradora e as reabilitações protéticas são baseadas em uma tríade composta por função, biologia e estética que buscam restabelecer tanto os dentes ausentes, quanto as estruturas de suporte ósseo e gengival perdidas^{1,2}. Para atender as exigências estéticas atuais, pesquisas são realizadas e novos materiais e técnicas surgiram, proporcionando melhoria nas propriedades físicas e mecânicas dos compósitos e das cerâmicas odontológicas restauradoras. Assim, a procura pela utilização de materiais que permitam a confecção de restaurações satisfatórias, especialmente no que se refere às qualidades de adesão, biocompatibilidade, resistência ao manchamento e corrosão, bem como, características ópticas similares às das estruturas dentárias, sempre foi priorizada pelos profissionais³.

Neste contexto, as restaurações com materiais cerâmicos, recebem destaque, diante das suas vantagens como resistência mecânica à compressão, estética, baixa condutibilidade térmica e elétrica, translucidez, opalescência e fluorescência, integridade marginal, biocompatibilidade e

estabilidade de cor⁴. Isto tem proporcionado um aumento do uso destes materiais, que antes eram limitados apenas ao tratamento em regiões anteriores, e hoje vêm sendo empregado largamente em regiões posteriores, aliando as suas propriedades ópticas e mecânicas, para restabelecer a estética e função^{5,6}.

O sucesso clínico das reabilitações protéticas com o uso de restaurações cerâmicas depende de diversos fatores, desde o procedimento de moldagem à cimentação, e deve-se conhecer e levar em consideração as propriedades dos diferentes materiais restauradores disponíveis no mercado⁷. O sistema cerâmico à base de dissilicato de lítio (IPS E-max, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) tem se mostrado uma excelente escolha, devido à possibilidade de reproduzir a similaridade da estrutura dentária e resistência mecânica satisfatória, sendo as suas principais indicações a confecção de coroas unitárias em cerâmica pura, *inlays*, *onlays*, laminados e confecção de próteses parciais fixas de três elementos, envolvendo dentes anteriores e posteriores^{8,9}. Além disso, este sistema cerâmico possibilita a prática de preparos minimamente

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

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

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

invasivos, proporcionando a preservação das estruturas dentárias^{10,11}.

Os laminados cerâmicos ultrafinos conhecidos como “lentes de contato dentais” consistem em restaurações com espessuras de 0,2 a 0,5mm, que são cimentadas sobre a face vestibular dos dentes e demandam um mínimo ou nenhum desgaste do esmalte dental, indicadas para corrigir pequenas alterações de cor, forma e tamanho, se estabelecendo como uma modalidade efetiva de tratamento^{12,13}. Já as facetas indiretas convencionais são também um tipo de laminado cerâmico, sendo um pouco mais espessas que as lentes de contato, entre 0,6 a 1,2 mm, tendo como indicações os problemas dentais quanto a forma, posição, simetria, textura superficial e cor^{14,15}.

As coroas unitárias, diferentemente dos laminados cerâmicos, possuem um recobrimento total da unidade dentária, geralmente, com espessura de 2,0 mm, e são amplamente utilizadas diante das suas características como a estética, biocompatibilidade e boas propriedades físicas e mecânicas, porém seu sucesso clínico depende principalmente da qualidade do preparo e das dimensões corretas do material de confecção da restauração¹⁶.

Diante disto, o presente artigo teve como objetivo relatar um caso clínico de uma reabilitação estética do sorriso com o uso de restaurações cerâmicas de diferentes espessuras, apresentando todas as fases do tratamento, desde o diagnóstico e planejamento à cimentação destas restaurações.

RELATO DE CASO

Paciente, 54 anos, sexo feminino, leucoderma, com a queixa principal de insatisfação com a aparência estética do seu sorriso, apresentou ao exame intrabucal, deficiências nas restaurações em resina composta, quanto à textura e cor, das unidades dentárias 14 e 21. Os elementos 12, 22 e 24 possuíam coroas unitárias metalocerâmicas, com qualidade satisfatória de adaptação, porém com a presença de halos escurecidos na margem cervical, comprometendo assim, a harmonia estética do seu sorriso. Além disso, foi observado escurecimento dental proveniente da idade e hábitos alimentares (Figura 1 e 2).



Figura 1 – Sorriso inicial.



Figura 2 – Aspecto clínico intra-bucal.

Diante destes achados, o plano de tratamento foi constituído de três sessões de clareamento dental de consultório e, posteriormente preparo dentário para instalação de laminados cerâmicos ultrafinos (lentes de contato) nas unidades 11, 13, 14 e 23, facetas indiretas convencionais no 21 e coroas unitárias no 12, 22 e 24. A paciente, ciente deste planejamento concordou e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Clareamento Dental

Por conta da insatisfação com a coloração dos dentes e a necessidade da obtenção de restaurações finas com a confecção de preparos conservadores, foi realizado o clareamento dental por meio da técnica de consultório. Para isto, foram realizadas três sessões, de 40 minutos cada, utilizando abridor de boca Arcflex para manter o campo isolado, como barreira gengival foi aplicado o Top Dam (FGM), e o agente clareador foi a base de peróxido de carbamida a 37 % (Power Bleaching Office 37%, BM4, Brasil Materiais e Instrumentos, Maringá, Paraná, Brasil), seguindo as recomendações do fabricante. Para finalizar, foi realizado o polimento dentário com disco de feltro e pasta diamantada (Diamond Excel, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil).

Fase de planejamento e Ensaio Restaurador (mock-up)

Após realizadas as sessões de clareamento, as arcadas dentárias foram moldadas com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply, Petrópolis, Brasil) e confeccionados os modelos de estudo com gesso tipo IV. Com estes, e através das fotografias extra e intra-bucais da 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.

Concluído o enceramento, uma moldagem deste foi realizada com silicone de adição (Variotemp, Heraeus Kulzer, Alemanha) para se obter um guia para a confecção do mock-up. Em seguida, a resina bisacrílica (Protemp 4, 3M-ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil) foi inserida de baixo para cima na face interna do guia, de forma suave, evitando-se a

formação de bolhas de ar, e então levada em boca. Após 3 a 5 minutos, tempo de polimerização da resina, a guia foi removida e os seus excessos de resina retirados com uma sonda exploradora, observando-se, assim, os resultados. Através de uma análise criteriosa da estética obtida com este ensaio, a paciente aprovou o tratamento.

Preparos dentários para confecção dos laminados cerâmicos ultrafinos, facetas e coroas unitárias

Para os preparos dos laminados cerâmicos ultrafinos nas unidades 14, 13, 11 e 23, utilizou-se uma ponta diamantada 1012 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) para delimitar a canaleta de orientação sob a extensão cervical supragengival. Com a broca 3216 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), em uma inclinação de 45°, realizou-se um desgaste com cerca de 1,0 mm nas bordas incisais das unidades 11, 13, 14 e 23 e desgastes dos terços incisal, médio e cervical da face vestibular, respeitando-se a inclinação conforme a convexidade do dente, com a profundidade de 0,5 mm.

No preparo da unidade 21, para faceta indireta convencional, foi utilizada a ponta diamantada 1012 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), para delimitar a canaleta de orientação na região cervical supragengival, seguida de uma canaleta com pontas tronco-cônicas nº 3216 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), no sentido cérico-incisal, levando em consideração a convexidade do dente. O desgaste foi realizado em três planos: cervical, médio e incisal e finalizado com brocas 4138 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) de extremo arredondado, de média granulação, com profundidade de 1,2 mm. O desgaste incisal de 1,5 mm também foi realizado com a mesma ponta, seguindo a inclinação de 45° para a face palatina. Por último, realizou-se acabamento com disco de óxido de alumínio (Sof-lex Pop-on, 3M ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil) de granulação grossa.

Para a confecção das coroas dentárias das unidades 12, 22 e 24, as restaurações existentes foram removidas utilizando-se inicialmente uma ponta diamantada 4138 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), para desgaste da cerâmica, e uma broca transmetal, para desgaste de sua porção metálica. Após removidas, as unidades foram preparadas, respeitando as seguintes dimensões finais: redução das paredes vestibular, lingual e proximais de 1,5 mm, incisal e oclusal de 2,0 mm.

Após a finalização dos preparos dentais (Figura 3), uma nova moldagem com silicone de adição (Variotime, Heraeus 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 tipo IV e estes enviados ao laboratório de prótese dentária para a confecção das restaurações cerâmicas.



Figura 3 – Preparos dentais das unidades 14 ao 24.

As restaurações provisórias foram realizadas com a utilização de resina bisacrílica Protemp4 (3M-ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil) cor A2, e recobrimento destas na face vestibular com resina composta IPS Empress Direct (Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil) da mesma cor, para promover uma melhor lisura, estabilidade de cor e resistência (Figura 4). O acabamento foi feito com lâmina de bisturi nº 12 e pontas diamantadas 3195 e 1190 da série FF (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), e o polimento com discos de óxido de alumínio (Sof-lex Pop-on, 3M ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil) e discos de feltro (FGM, Brasil) com pasta diamantada (Diamond Excel, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil). Por meio da escala de cores (Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil), foi realizada o registro de cor dos remanescentes dentais e escolhida a cor das restaurações à serem confeccionadas.



Figura 4 – Restaurações provisórias.

Prova e cimentação das peças protéticas

Previamente a cimentação das peças protéticas, analisou-se a cor, formato, tamanho e perfil de emergência destas em boca. As restaurações foram ajustadas até o seu completo assentamento nos preparos dentários. 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) nas cores Trans, A2 e Opaque White, sendo selecionada a cor A2 (Figura 5).



Figura 5 – Seleção do cimento com as pastas Try-in.

Posteriormente a seleção de cor do cimento, utilizou-se para cimentação, o ácido hidrofluorídrico a 10% por 20 segundos (Condac Porcelana 10%, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) para o condicionamento da superfície interna das restaurações e em seguida, aplicou-se o ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) durante 30 segundos, para a limpeza dos resíduos originados pela aplicação do ácido hidrofluorídrico. Posteriormente, estas 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 foi realizado o isolamento absoluto modificado, posteriormente, 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 A2 (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. As peças protéticas foram polimerizadas por 40 segundos e o acabamento e polimento pôde ser realizado de acordo com a estética e oclusão do paciente (Figura 6 e 7).



Figura 6 – Aspecto final intra-bucal após a cimentac'ão.



Figura 7 – Sorriso final.

Além da cimentação das restaurações cerâmicas citadas, foram confeccionadas facetas em resina composta nas unidades 16, 17, 26 e 27 para a harmonização do sorriso.

DISCUSSÃO

O conceito mais recente de odontologia restauradora minimamente invasiva infere que para qualquer tipo de reabilitação oral, o cirurgião-dentista deve sempre escolher procedimentos mais conservadores, para evitar desgastes desnecessários da estrutura dentária, sendo importante um bom planejamento e controle do caso. Esta busca por procedimentos estéticos e minimamente invasivos na odontologia tem proporcionado o desenvolvimento de novos materiais para obtenção de resultados satisfatórios cada vez mais previsíveis^{17,18}.

Desta forma, o uso de restaurações cerâmicas ultrafinas (em torno de 0,2 a 0,5 mm) para o reestabelecimento da estética e função ganhou espaço no mercado odontológico atual e adquiriu destaque. Estes laminados cerâmicos consistem em restaurações indiretas recomendadas para dentes com pequenas alterações de forma, cor ou posição, que recobrem a superfície vestibular do elemento dental por um material cerâmico, possuindo preparos cavitários com mínimos ou nenhum desgaste e são conhecidos como “lentes de contato dental”¹⁹. Diferindo das facetas convencionais, que envolvem preparos cavitários com desgaste padronizado de profundidade definida (entre 0,6 a 1,2 mm), sendo estes imprescindíveis para adaptar a espessura do material restaurador e disfarçar a cor do substrato dental envolvido^{20,21}.

Assim, no caso clínico em questão, a paciente apresentava alterações de cor e textura insatisfatórias dos elementos dentais, sendo essas indicações para o uso tanto dos laminados quanto das facetas cerâmicas, além de se tratar de uma técnica restauradora com procedimentos minimamente invasivos e de preservação das estruturas dentais sadias.

As restaurações cerâmicas possuem como vantagens as propriedades ópticas e estéticas, adesão ao agente de cimentação e aos substratos

dentários, preparos minimamente invasivos em relação às coroas totais, resistência à fratura, estabilidade de cor e biocompatibilidade e tem como limitações ou cuidados, a dependência de técnicos qualificados, a destreza manual do operador e o alto custo^{21,22}. Colocando-se em conta todas estas vantagens e limitações, as facetas e os laminados cerâmicos foram optados, tanto pelo profissional quanto pelo paciente, para reabilitação do sorriso no presente caso, além da previsibilidade e obtenção de resultados estéticos satisfatórios, assim como a preservação de estrutura dentária sadia observados.

A escolha deste material ainda está relacionada a sua alta biocompatibilidade com os tecidos dentais, adequada estabilidade de cor, baixa condução térmica e alta resistência à abrasão, e por possibilitar baixo acúmulo de placa bacteriana^{14,23}. Tendo em vista que, o sucesso do procedimento também está diretamente relacionado à adequada escolha do material restaurador, foi selecionado neste caso, um sistema cerâmico que possui excelentes propriedades ópticas aliadas à uma elevada resistência mecânica, que é a cerâmica reforçada por dissilicato de lítio IPS Emax (Ivoclar Vivadent).

Este sistema cerâmico possui como algumas de suas indicações a confecção de coroas de cerâmica pura, *inlays*, *onlays* e laminados cerâmicos, e apresenta uma microestrutura com entrelaçamento de cristais, para conter a propagação de trincas pelo corpo do material, inferindo a esse sistema resistência mecânica complementar. Todavia, existem determinadas relações com o preparo e tratamento prévio do elemento dentário e das cerâmicas, que por sua vez interferem na retenção e longevidade da restauração indireta, por isso o sucesso destas dependem da adesão entre cimento resinoso, substrato dental e restauração⁸. O apropriado tratamento da superfície e a composição química da cerâmica são fatores determinantes para a resistência à tração e a força de ligação entre o cimento resinoso e a cerâmica à base de dissilicato de lítio^{8,24}.

Entretanto, a correlação entre o sistema cerâmico e a atuação óptica do cimento resinoso com as particularidades e necessidade de cada condição clínica deve ser de controle profissional para obtenção de um resultado cromático final de excelência²⁵. Para melhorar o resultado estético, previamente à cimentação, é realizada a fase de prova das cerâmicas. Essa, normalmente é realizada com pastas de prova (Try-In), que é uma pasta não polimerizável para teste de cor, e acompanha os cimentos resinosos, permitindo ao cirurgião-dentista e paciente analisarem a coloração das peças cerâmicas, tendo uma previsibilidade do resultado estético final^{26,27}.

Após a fase de prova, é realizado o condicionamento ácido da superfície interna de peças cerâmicas com o ácido hidrófluídrico, que

permite criar microporosidades na superfície, além da limpeza da peça, para promover uma melhor adesão²⁰. E para obter uma integração adesiva eficiente, é recomendado o uso do agente de união silano, molécula bifuncional capaz de unir a parte inorgânica da cerâmica com a parte orgânica do cimento resinoso²¹. O condicionamento com ácido hidrófluídrico seguido de silanização são os tratamentos mais indicados para se aplicar às cerâmicas ácido-sensíveis, como às reforçadas por dissilicato de lítio²⁸. Assim, foram seguidas criteriosamente todas as etapas de fase de prova, condicionamento e silanização neste caso clínico para obtenção de resultados satisfatórios.

Alguns autores afirmam que no método mais clássico de cimentação, no qual o adesivo dentinário é aplicado com a peça protética em posição e polimerizado, pode associar às falhas de adesão entre a camada híbrida e a resina superposta. Com isso, o método alternativo no qual o adesivo dentinário é aplicado à dentina e polimerizado antes de cimentação tem se mostrado mais eficiente para o restabelecimento do comportamento biomimético do elemento dental, sendo necessária uma fina camada para que a adaptação não seja prejudicada²⁶.

O cimento deve ser colocado de forma homogênea em toda extensão da peça cerâmica, pois isso evita que tenha falta de cimento em alguma região do preparo, o que seria capaz de resultar em alterações de cor e, principalmente, em falhas adesivas²⁹. De acordo com os dados encontrados na literatura, optou-se pela cimentação das peças com um cimento resinoso fotoativado, visto que os preparos dentais deste caso clínico foram realizados entre 0,5 e 1,2 mm.

De acordo com as questões supracitadas sobre a cimentação, existem dois critérios importantes que devem ser analisados neste momento: a espessura e cor da cerâmica, visto que esses fatores possuem uma relação direta com o resultado final, e foram criteriosamente avaliadas e corrigidas quando necessário no atual caso. O resultado estético final pode ser comprometido por conta da fina espessura dos laminados cerâmicos e a cor do substrato dental, por isso é importante que se realize a escolha apropriada do agente de cimentação. Desta forma, para neutralizar a influência desse substrato o cirurgião-dentista pode realizar o clareamento prévio do substrato dental e/ou utilizar uma variedade de cores de cimentos resinosos^{25,29}. Por conta disto, foi realizado nesse caso clínico, o clareamento dental para adequação da cor do substrato dental, previamente à escolha do sistema cerâmico, visto que a relevância dessa cor tem influência direta, facilitando assim a obtenção da estética pela translucidez natural da cerâmica.

A coloração final das restaurações de cerâmicas pura depende da interação de três fatores principais, a cor do dente, espessura da cerâmica e

cimento resinoso, e sistema cerâmico e cimento resinoso^{30,31}. Os cimentos resinosos podem disfarçar e modificar a cor final da restauração, por isso, é preciso que haja um controle e equilíbrio dos parâmetros de opacidade e cor para obter bons resultados estéticos. É importante considerar que na cimentação deve-se garantir a polimerização ideal do cimento resinoso, uma vez que isso influencia a sua estabilidade de cor em longo prazo. A descoloração do cimento pode afetar negativamente a cor final das restaurações totalmente cerâmicas com o tempo, por ser normalmente associada à degradação da matriz de polímero não reagida durante a polimerização e aos fatores extrínsecos³¹.

Diante do exposto, para obter maior êxito e durabilidade do tratamento restaurador é necessário combinar o sucesso da técnica ao diagnóstico preciso e planejamento individualizado de cada caso. O presente caso clínico, relatou o uso de laminados cerâmicos ultrafinos, facetas indiretas e coroas dentárias reforçadas por Dissilicato de Lítio (E-max), revelando que o uso das cerâmicas para restaurações minimamente invasivas em reabilitações estéticas deve ser o mais conservador possível, visando sempre à preservação da estrutura biológica e obedecendo o seu protocolo clínico, considerando suas indicações e limitações.

CONCLUSÃO

A utilização da cerâmica reforçada de Dissilicato de Lítio possibilitou a recuperação funcional e estética do sorriso, evidenciada pela satisfação da paciente e recuperação da sua auto-estima. Além disso, o planejamento criterioso aliado ao conhecimento da técnica e dos materiais empregados é indispensável à longevidade e sucesso clínico a longo prazo do tratamento.

ABSTRACT

The search for oral health wasn't limited to the removal of pain or restoration of function, but also to the return of form, proportion, color and lost characteristics of the dental element, aiming for a harmonious and aesthetic smile. The aim of this study was to report a clinical case of a smile aesthetic rehabilitation treatment with the use of ceramic restorations of different thickness: dental veneers and crowns, covering all the clinical stages, from the planning, choice of the material until the cementation of the restorations. The accomplishment of this rehabilitation treatment with the use of a ceramic based on lithium disilicate enabled the functional and aesthetic recovery of the smile, besides the satisfaction and improvement of the self-esteem of the patient, being this success attributed, first, to a good planning, choice of the material, knowledge of the technique of conventional and minimally invasive dental preparations, and restorative procedures,

taking into account the needs and expectations of the patient.

Uniterms: Dental Veneers; Ceramics; Esthetics Dental.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ACR. Conceitos importantes sobre o dente canino. *Prosthes Lab Sci* 2017; 6(22):9-11.
2. Morandi LB, Neto SCBR. Reabilitação Oral: Prótese Fixa Metalocerâmica Anterior Inferior com Reconstrução de Guia. *Relato de Caso Clínico. Arq Bras Odontol* 2007; 3(1):38-43.
3. Okida RC, Vieira WSC, Rahal V, Okida DSS. Lentes de Contato: restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. *Rev Odontol Araçatuba* 2016; 37(1):53-59.
4. Junior JM, Moretti COI. Reconstrução do sorriso: uma abordagem conservadora através de laminados cerâmicos – relato de caso. *Prosthes Lab Sci* 2017; 6(22):44-48.
5. Amoroso AP, Ferreira MB, Torcato LB, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Filho HG. Cerâmicas Odontológicas: Propriedades, indicações e considerações clínicas. *Rev Odontol Araçatuba* 2012; 33(2):19-25.
6. Raut A, Rao PL, Ravindranath T. Zirconium for esthetic rehabilitation: An overview. *Ind J Dent Res* 2012; 22(1):140-143.
7. Namoratto LR, Ferreira RS, Lacerda RAV, Filho HRS, Ritto FP. Cimentação em cerâmicas: evolução dos procedimentos convencionais e adesivos. *Rev Bras Odontol* 2013; 70(2):142-147.
8. Mazioli CG, Peçanha MM, Daroz LG, Siqueira CA, Fraga MAA. Resistência de união de diferentes cimentos resinosos a cerâmica à base de dissilicato de lítio. *Rev Odontol Unesp* 2017; 46(3):174-178.
9. Neves GGA, Maia EAV, Dobranszki NPAC. Facetas laminadas com mínimo desgaste – protocolo de interesse clínico. *Rev Odontol Planal Cent* 2014; 4(1):23-31.
10. Cardoso PC, Cardoso LC, Dercucio RARA, Monteiro LJE. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Bras Odontol* 2011; 20(52):88-93.
11. Decurcio RA, Cardoso PC. Porcelain laminate veneers: A minimally invasive esthetic procedure. *Stomatos* 2011; 17(33):12-19.
12. Pires LA, Novais PMR, Araújo VD, Pergoraro LF. Effects of the type and thickness of ceramic, substrate, and cement on the optical color of a lithium disilicate ceramic. *Journal of Prosthet Dent* 2017; 117:144-149.
13. 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.
14. 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. *R Dental Press Estét* 2015; 12(4):101-118.
15. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. *Rev Odontol Bras Central* 2012; 21(58):538-543.
 16. Rossato DM; Saade EG, Saad JRC, Porto-Neto ST. Coroas Estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. *Rev Sul-Bras Odontol* 2010; 7(4):494-498.
 17. Menezes MS, Carvalho ELA, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central* 2015; 24(68):37-43.
 18. Morita RK, Hayashida MF, Pupo YM, Berger G, Reggiani RD, Betiol EAG. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. *Case Reports in Dentistry*. 2016; 2016:1839793.
 19. Beier US, Kapferer I, Burtscher D, Dumfahrt H. Clinical Performance of Porcelain Laminate Veneers for up to 20 Years. *Int J Prosthodont* 2012; 25(1):79-86.
 20. Jarad FD, Griffiths CE, Jaffri M, Adeyemi AA, Youngson CC. The effect of bleaching, varying the shade or thickness of composite veneers on final colour: an in vitro study. *J Dent* 2008; 36:554-559.
 21. Rodrigues RB; Verissimo, C; Pereira, RD; Queiroz, CL; Novais, VR; Soares, CJ; Santos-Filho, PCF. Clareamento dentário associado a facetas Indiretas em cerâmica: Abordagem minimamente invasiva. *Rev Odontol Bras Central* 2012; 21(59):520-525.
 22. Mangani F, Cerruti A; Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical Approach to Anterior Adhesive Restorations Using Resin Composite Veneers. *The Eur J Esthet Dent* 2007; 2(2):28-51.
 23. Gomes EA, Assunção WG, Rocha EP; Santos PH. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. *Cerâmica* 2008; 54:319-325.
 24. Aboushelib MN, Sleem D. Microtensile bond strength of lithium disilicate ceramics to resin adhesives. *J Adhes Dent* 2014; 16(6):547-52.
 25. Volpato CA, Monteiro S Jr, De Andrada MC, Fredel MC, Petter CO. Optical influence of the type of illuminant, substrates and thickness of ceramic materials. *Dent Mater* 2009; 25(1):87-92.
 26. Cardoso PC, Decurcio RA, Lopes LG, Souza JB. Importância da Pasta de Prova (Try-in) na Cimentação de Facetas Cerâmicas - Relato de Caso. *Rev Odontol Bras Central* 2011; 20(53):166-171.
 27. Xing W, Jiang T, Ma X, Liang S, Wang Z, Sa Y, Wang Y. Evaluation of the esthetic effect of resin cements and try-in pastes on ceromer veneers. *J Dent* 2010; 38(2):87-94.
 28. De Freiras AP, Sábio S, Costa LC, Pereira JC, Franciscone PAS. Cimentação adesiva de restaurações cerâmicas. *Salusvita* 2005; 24(3):447-457.
 29. Gonzalez MR, Ritto FP, Lacerda RAS, Monnerat HRSAF, Pinto BD. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. *Revis Bras Odontol* 2011; 68(2):238-243.
 30. Pires LA, Novais PMR, Araújo VD, Pergoraro LF. Effects of the type and thickness of ceramic, substrate, and cement on the optical color of a lithium disilicate ceramic. *J Prosthet Dent* 2017; 117:144-149.
 31. Rodrigues RB, Lima E, Roscoe MG, Soares CJ, Cesar PF, Novais VR. Influence of Resin Cements on Color Stability of Different Ceramic Systems. *Braz Dent J* 2017; 28(2):191-195.

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