

# REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR EM ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

## AESTHETIC REHABILITATION IN A MULTIDISCIPLINARY APPROACH: CASE REPORT

EDUARDA MARIA PAZ PRESTES DOS SANTOS<sup>1</sup>  
PATRÍCIA DEON PISSETTI<sup>2</sup>  
MARIÁ CORTINA BELLAN<sup>3</sup>  
MARÍLIA PAULUS<sup>4</sup>  
JULIANE PEREIRA BUTZE<sup>5</sup>  
LUCAS BOZZETTI PIGOZZI<sup>6</sup>

### RESUMO

A estética tem um papel importante na aceitação e autoestima das pessoas e, em virtude disso, os pacientes buscam cada dia mais ter um sorriso harmonioso. As reabilitações estéticas devem envolver um planejamento completo, atrelando função e estética, avaliando tamanho dos dentes, perfil e alturas gengivais, altura do sorriso e corredor bucal. Por conta disso, a odontologia nos permite uma série de abordagens terapêuticas diferentes que chegam a resultados satisfatórios para o paciente. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso de uma paciente com queixa estética do seu sorriso devido à diferentes tonalidades, formas e tamanhos dos dentes. Após anamnese, exame clínico e radiográfico, o plano de tratamento proposto foi de harmonizações periodontal com aumento de coroa e enxerto gengival, além de coroas em cerâmicas de dissilicato de lítio. Dentro desse contexto, mostra-se que uma abordagem multidisciplinar para reabilitação estética e funcional do sorriso é fundamental, a qual nos proporciona equilíbrio e naturalidade entre estética branca e vermelha no resultado do tratamento reabilitador.

**UNITERMOS:** Sorriso. Cerâmicas. Estética. Reabilitação.

### INTRODUÇÃO

A aparência de uma pessoa é um elemento essencial que permite que ela se sinta bem física e emocionalmente<sup>1</sup>. Nesse contexto, o sorriso é uma peça fundamental que abrange aspectos funcionais, estéticos e psicológicos, os quais estão diretamente associados com a saúde geral do indivíduo<sup>2</sup>.

As próteses dentárias nada mais são do que arte e ciência integradas. São uma excelente alternativa para os pacientes que buscam reabilitar o seu sorriso tanto funcional quanto esteticamente<sup>3</sup>. Dentre os tipos de próteses, as de cerâmica pura são consideradas as que mais mimetizam os dentes naturais devido a suas propriedades ópticas e durabilidade química, garantindo estética e função à longo prazo<sup>4</sup>. Nesse contexto, o que possibilitou a utilização de cerâmicas puras foi a utilização de cimentos à base de resina composta, ou seja, os

cimentos resinosos. Esses, possuem a capacidade de contornar problemas como resistência de união e desgaste<sup>5</sup>.

Sob o ponto de vista estético, devemos considerar os dentes envolvidos com todas as estruturas da face, em especial, os lábios e a gengiva. Na prática da Odontologia estética, há a necessidade de avaliar todos os elementos e características individualmente, gerando assim, um quadro de harmonia natural<sup>6</sup>. Em outras palavras, para um trabalho de excelência precisamos olhar um paciente como um todo e fazer um bom planejamento para se conseguir copiar a naturalidade nos mínimos detalhes<sup>7-9</sup>.

Se tratando de sucesso no planejamento protético, é de grande valia considerar que contorno e o término das restaurações possuem uma íntima relação com o periodonto<sup>10-12</sup>. Por esse motivo, para uma boa reabilitação se faz necessário um

<sup>1</sup>Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

<sup>2</sup>Mestre em Periodontia.

<sup>3</sup>Doutora em Dentística Restauradora, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

<sup>4</sup>Doutora em Materiais Dentários, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

<sup>5</sup>Doutora em Periodontia, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

<sup>6</sup>Mestre em Prótese Dentária, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. Endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366. E-mail: lucas.pigozzi@fsg.edu.br

planejamento integrado com outras especialidades odontológicas. Além de grande importância por motivos físicos e biológicos, a harmonia da arquitetura branca e vermelha é imprescindível para uma boa estética, pois ao sorrirmos ou falarmos, expomos dentes, espaço negativo, ameias, cor, forma e contorno gengival<sup>13</sup>.

Com base nisso, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de reabilitação estética através de plástica gengival e cerâmicas de dissilicato de lítio, evidenciando o passo-a-passo do planejamento, realização de *Mock-Up*, cirurgia periodontal, confecção dos preparos e cimentação.

## RELATO DE CASO

Paciente N.F.P.S de 57 anos, moradora de Farroupilha, Rio Grande do Sul, buscou atendimento a fim de realizar tratamento reabilitador estético anterior. A paciente passou por uma anamnese completa, além de exames clínicos e radiográficos (Anexo 1). Após os exames, constatou-se que a paciente se enquadrava nos critérios de inclusão e exclusão do referido estudo.



Anexo 1: Radiografia inicial.

Com isso, na primeira consulta, foi realizado moldagem superior com silicone de adição leve e pesado em duas etapas (Kulzer®) e inferior com alginato tipo V (Zhermack®), registro de mordida com silicone de condensação pesada (Kulzer®) em MIH (Máxima Intercuspidação Habitual), além de protocolo fotográfico intra e extrabucais (Anexo 2 e 3). O intuito dessa consulta era realizar um planejamento digital e

enceramento dos elementos em questão, que no caso envolveriam os dez dentes anteriores superiores (elementos 15 ao 25). (Anexo 4).



Anexo 2: foto inicial extrabucais.



Anexo 3: foto inicial intrabucais.



Anexo 4: Enceramento dos elementos 15 ao 25.

No planejamento, observou-se a necessidade de trabalhar esteticamente a parte gengival, com recobrimento radicular nos elementos 13 e 23 e ACC (Aumento de Coroa Clínica) nos elementos 12 e 22. Além disso, observou-se uma vestibuloversão do elemento 21, presença de pino intrarradicular nos incisivos com amplas restaurações, amplas restaurações nos pré-molares e necessidade de raspagem supragengival em toda boca, além de desvio da linha média. Com o enceramento pronto, foi realizado um *mock-up* com resina bisacrílica Structur 2 (VOCO®) apoiado em uma muralha de silicone de condensação laboratorial (Zhermack®). Seguiu-se para novo protocolo fotográfico para aprovação do tamanho e formato dos dentes pela paciente. (Anexo 5).



Anexo 5: foto da prova do mock-up.

Após a aprovação, o planejamento consistia em realizar a adequação bucal, seguido dos procedimentos cirúrgicos gengivais e por fim substituição do pino metálico dos incisivos por um pino de fibra de vidro, preparo e confecção de coroas cerâmicas nos incisivos e pré-molares, facetas cerâmicas nos caninos e placa interoclusal para proteção das peças, musculatura e articulação.

Com a RAP concluída (Raspagem, Alisamento e Polimento Supragengival), sucedeu-se os procedimentos cirúrgicos gengivais, a qual a paciente teve sua pressão aferida estando em 120/80mmHg. Com isso, foi realizada a assepsia intra e extrabucal com solução de Digluconato de Clorexidina 0,12% e 2%, respectivamente. Após, anestesia com mepivacaína 3% com vasoconstritor (FGM®) em região de fundo de sulco e nervo alveolar superior anterior procedeu-se com o aumento de coroa clínica dos incisivos, removendo um colar gengival com o auxílio de bisturi elétrico (Deltronix®) e osteotomia e osteoplastia óssea com instrumentos rotatórios e manuais de acordo com o planejamento.

Na região dos caninos, foi realizado o descolamento do tecido gengival total e dividido, para reposição coronal do retalho. Procedeu-se com a remoção do enxerto do palato, área doadora, da região de pré-molar lado direito, pela técnica de dermoabrasão. Posicionou-se o enxerto na região de caninos, com sutura em U proximais para estabilização dos enxertos com fio mononylon 6.0

(Techsuture®) e suturas double-crossed, mononylon 5.0 (Techsuture®) para reposicionamento coronal gengival. A paciente recebeu orientações pós operatórias e prescrição medicamentosa (antibiótico, anti-inflamatório e analgésico). Após, a paciente foi orientada a retornar em 7 dias para remoção da sutura do palato e 14 dias para remoção da sutura na região do enxerto.

Todas as regiões responderam muito bem à plástica gengival exceto o dente 13, que recebeu uma nova intervenção 1 mês após, seguindo os mesmos protocolos de recobrimento radicular e, dessa vez, com o resultado esperado. Com os enxertos finalizados, foi aguardado um período de 4 meses para cicatrização e estabilização periodontal.

Paciente retornou após o período indicado para substituição dos pinos metálicos por de fibra de vidro. Após a remoção do pino do dente 21 com brocas esféricas e ultrassom, procedemos com isolamento absoluto, limpeza do canal com água destilada, lubrificação do canal, limpeza do pino de fibra de vidro com álcool, silano em frasco único (Biodinâmica®) por 1 minuto, adesivo universal (3M®), evaporação do solvente, fotoativação por 20 segundos com Valo (Ultradent®), reembasamento com resina composta A2 (Forma®), anatomização do pino, fotoativação com o pino dentro do canal e fora por 1 minuto cada, limpeza e secagem do canal com cones de papel.

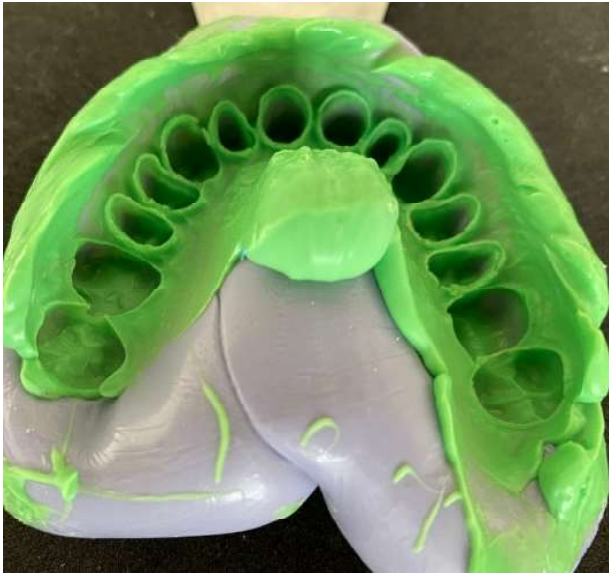
Seguiu-se o protocolo de adesão do pino, spatulação e inserção de cimento resinoso dual Ultimate (3M®), fotoativação por 2 minutos, confecção de munhão de resina composta (Forma®) na parede palatina e ajuste oclusal. Devido à dificuldade técnica de remoção dos pinos, foi acordado junto com a paciente que manteríamos os demais pinos metálicos.

Na consulta seguinte, foram realizadas anestésias com lidocaína 2% com vasoconstritor (FGM®) regionais, no fundo de sulco e transpapilares, inserção de fio retrator 000 (Maquira®), preparo dos dentes para coroa e facetas seguindo a sequência de pontas diamantadas indicadas (1014, 3216, 3203, 3118, 4138 e 3097), brocas de acabamento F, FF, multilaminadas e pedras de Arkansas para polimento dos preparos. Todos os preparos envolveram utilização de guias baseadas no planejamento a fim de ter o máximo de preservação das estruturas dentárias.

Realizou-se a moldagem com silicone de adição (Kulzer®) em duas etapas, inicialmente com a pesada sob a qual, após presa, foi realizado um alívio interno com fresas, então foram inseridos novos fios retratores 000 e 1 (Maquira®) com hemostático (Maquira®). O fio mais grosso foi deixado por 5 minutos e removido, conforme sua remoção, foi-se colocando silicone de adição leve na região intrasulcular e ao redor do preparo e todo conjunto capturado com a silicone de adição pesada (Anexo 6).

Seguiu-se com a confecção dos provisórios, quanto aos caninos, os mesmos foram confeccionados em resina bisacrílica apoiados nos

dentos vizinhos, já os provisórios dos incisivos foram confeccionados em laboratório e reembasados com resina acrílica autopolimerizável da cor 66 pela técnica do pincel, ajustados e polidos até ficarem com adaptação adequada. Os provisórios dos pré-molares, por sua vez, foram confeccionados utilizando a guia de mock-up como molde com resina acrílica autopolimerizável dentro, após isso, foram ajustados e polidos. Procedeu-se com fotografias dos preparos para análise da cor e os provisórios cimentados com cimento provisório TempCem (Coltene®), deu-se novo ajuste oclusal e polimento.



Anexo 6: moldagem dos preparos com silicone de adição.

As moldagens foram enviadas ao protético com solicitação de confecção em cerâmica de dissilicato de lítio na cor A1 (Anexo 7). Na consulta seguinte, a paciente foi anestesiada novamente com lidocaína 2% com vasoconstritor (FGM®), foram removidos os provisórios e os preparos limpos com taça de borracha, solução de Digluconato de Clorexidina 0,12% e pedra pomes. As peças foram provadas e aprovadas, com ajustes aonde foram necessários.

Para a cimentação, foi realizado isolamento absoluto modificado com fio retrator, houve secagem e aplicação de ácido fosfórico 37% (Ultradent®) nos preparos, lavados abundantemente e secos, aplicação de adesivo universal por 45 segundos sob movimentação (3M®). Já na peça, foi aplicado jateamento de óxido de alumínio, aplicação de ácido fluorídrico 10% (FGM®) por 20 segundos, lavagem e secagem da peça, aplicação de silano por 1 minuto, secagem, aplicação de adesivo universal (3M®), evaporação do solvente, manipulação do cimento resinoso dual Relyx Ultimate A1 (3M®), cimentação das coroas e remoção dos excessos. Já para as facetas, os passos foram os mesmos, porém o cimento aplicado foi o resinoso fotoativável Veneer A1 (3M®). Após isso, as peças foram fotoativadas por 2

minutos, removidos os excessos novamente e realizado o ajuste oclusal (Anexo 8 e 9).



Anexo 7: peças em cerâmica de dissilicato de lítio.



Anexo 8: resultado final extrabucal.



Anexo 9: resultado final intrabucal.

A paciente foi moldada com alginato V (Zhermack®) e realizado registro de mordida com o auxílio de dois abaixadores de língua entre os incisivos superiores e inferiores com a mandíbula manipulada em RC (Relação Cêntrica) para confecção da placa interoclusal superior.

Após a confecção da placa impressa, esta foi provada e realizados os ajustes com papel carbono em relação cêntrica e em guias. A paciente recebeu IHB (Instrução de Higiene Bucal) dos dentes com escova de dente macia, fio dental e orientações de uso da placa. Paciente retornou na semana seguinte para ajuste e conferência final do trabalho e da placa e orientada à retornar de 6 em 6 meses para manutenção periódica preventiva.



## DISCUSSÃO

Não raro são realizados trabalhos reabilitadores estéticos que não englobam a estética rosa no plano de tratamento. Isso se deve por inúmeros motivos como financeiros, desejo do paciente, medo de procedimentos cirúrgicos ou por falta de um planejamento adequado<sup>14</sup>. Porém, quando existem discrepâncias harmônicas no perfil gengival, existe perda do resultado estético, normalmente ocasionado por um desnivelamento gengival por excesso ou falta de tecido conjuntivo<sup>15-18</sup>. Por conta disso, devemos englobar, pelo menos em nosso planejamento, a estética rosa, e discutir com o paciente sua importância no resultado final<sup>19-24</sup>. Conforme descrito no presente relato, a paciente apresentava um desnível gengival em virtude do excesso de gengiva em alguns elementos dentários, além de retrações gengivais que ocasionaram a perda de tecido gengival em outros elementos. Procedimentos cirúrgicos gengivais foram realizados a fim de que a estética rosa fosse devolvida, sem prejudicar a reabilitação estética branca.

Dentro da dinâmica da busca pela excelência e na minimização de erros, surgem aparatos tecnológicos que visam antever o resultado final, como, por exemplo, o Digital Smile Dental (DSD), que é uma ferramenta de uso prático e facilitado que faz com que o dentista preveja o resultado final, economizando em retrabalhos<sup>25-27</sup>. Além disso, o técnico em prótese dentária pode utilizar da mesma ferramenta para o desenvolvimento do enceramento diagnóstico e confecção de uma guia de *Mock up*, essa guia pode ser levada em boca com uma resina bisacrílica para o paciente visualizar em seu sorriso uma proximidade do resultado final<sup>28</sup>. Por conta dessas facilidades, utilizamos destes recursos em nosso estudo, onde o planejamento e o resultado final ficaram extremamente próximos e atenderam à expectativa da paciente<sup>29-32</sup>.

Existe uma gama de opções restauradoras/reabilitadoras que podem ser utilizadas na estética branca, como resina composta e porcelana, por exemplo<sup>33-34-37</sup>. No presente estudo, optou-se pela utilização da porcelana em dissilicato de lítio, uma cerâmica extremamente resistente incorporada em uma matriz vítrea, trazendo beleza, naturalidade e longevidade para a reabilitação<sup>12-38-42</sup>. Porém, caso os substratos fossem mais escurecidos, a utilização de coroas em zircônia também seria uma opção interessante por mascarar melhor o substrato em relação ao dissilicato, necessitando de menor espessura de desgaste<sup>43</sup>. Por outro lado, as resinas compostas atuais trazem resistência e alto brilho para trabalhos reabilitadores estéticos também, podendo ser utilizadas, principalmente em casos onde sua indicação não envolve desgastes dentários, em contraponto, as mesmas não apresentam a mesma longevidade quando colocadas em comparativo com as cerâmicas.

A escolha da técnica e do material deve abranger diversos fatores como expectativa do paciente, habilidade técnica do profissional, remanescente dentário, previsibilidade reabilitadora e custos<sup>44-47</sup>.

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, pode-se concluir que a utilização de cerâmicas a base de dissilicato de lítio tem se apresentado como uma ótima opção para reestabelecer estética e função. O tratamento realizado foi capaz de reproduzir a aparência natural do sorriso e sua integração com os demais aspectos faciais da paciente. Por conseguinte, destaca-se a importância de um plano de tratamento multidisciplinar para atingir maior harmonia e excelência no resultado.

## ABSTRACT

Aesthetics plays an important role in people's acceptance and self-esteem and, as a result, patients increasingly seek to have a harmonious smile. Aesthetic rehabilitations must involve a complete planning, linking function and aesthetics, evaluating tooth size, gingival profile and heights, smile height and buccal corridor. Because of this, dentistry allows us a series of different therapeutic approaches that reach satisfactory results for the patient. Therefore, the present work aims to describe a case report of a patient with an aesthetic complaint of her smile due to different shades, shapes and sizes of teeth. After anamnesis, clinical and radiographic examination, the proposed treatment plan was periodontal harmonization with crown augmentation and gingival graft, in addition to lithium disilicate ceramic crowns. Within this context, it is shown that a multidisciplinary approach to the aesthetic and functional rehabilitation of the smile is fundamental, which provides us with balance and naturalness between white and red aesthetics in the result of the rehabilitation treatment.

**UNITERMS:** Smile. Ceramics. Aesthetics. Rehabilitation.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Venâncio et al. Conservative esthetic solution with ceramic laminates: literature review RSBO. Apr-Jun;11(2):185-91, 2014.
2. Barreto JO, et al. Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura. Arch Health Invest., 8(1):48-52, 2019.
3. Luz, Ana Paula et al. O mercado de trabalho para o profissional Da odontologia: um estudo focado nos especialistas em prótese Dentária. Anais de odontologia / issn 2526-9437, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 75 - 84, june, 2017.
4. Gomes, E. A. et al. Cerâmicas odontológicas: o estado atual., v. 54, n. 331, 2008.
5. Prakki, A.; Carvalho, R. M. Cimentos resinosos duais: características e considerações clínicas. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos, v.4, n.1, jan./abr. 2001, p.21-25.
6. Da silva, E., et al. Estética dental relacionada à qualidade de vida do paciente odontológico. Anais da jornada odontológica de anápolis-joa, 2019.

7. Alves, MCR. Aspectos psicológicos das intervenções cirúrgicas na área odontológica. *Odontol Mod.* 12:48-52, 1985.
8. Carminatti, M; Fajardo, RS; Alves Rezende, MCR. Humanização do atendimento em saúde: perfil e expectativas de egressos de odontologia. *Arch Health Invest*, 2013
9. Hallawell, P. Visagismo: harmonia e estética, São Paulo, Senac, 2003.
10. Haneda, I.G; Ribeiro, J.G.R; Dovigo, L.N; Ferreira, L.P.C; Perez, F. Cirurgia pré- protética – a importância da relação periodontia/prótese. *Ver. Odontol.. UNESP*, vol 34. nEspecial. P.0, 2005.
11. França, S. A importância da estética periodontal na harmonia do sorriso. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 66(4):246-53, 2012.
12. Francci, C et al. Odontologia Estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. *Revista Fundectó*, (10):8- 9, 2011.
13. Camacho, G.B.; Pereira, A.L.C.; Waldemarin, R.F.A – Fundamentos de estética em prótese dentária. UFP 2018.
14. Santos, O; Mazaro, J; Alexandre, R; Fonte R; Zavanelli, R; Zavanelli, A. Estética rosa x Estética branca: uso do mock-up na previsibilidade dos resultados. *Archives of health investigation*, v.4, n.1, 2015.
15. Azzi, R; Etienne, D; Takey, H. Surgical thickening of existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant supported restorations. *The International Journal of Periodontics Restorative Dentistry* 22(1):71-7, 2002.
16. Cardoso, P.; Decursio, R. Facetas, lentes de contato e fragmentos cerâmicos. Florianópolis: Editora Ponto, 2015
17. McNamara L, MsNamara Jr. JA, Ackerman MB, Baccetti T. Hard- and soft-tissue contributions to the esthetics of the posed smile in growing patients seeking orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 133:491-9, 2008.
18. Reddy, M.S. Achieving gingival esthetics. *J Am Dent Assoc*, 134:295-304, 2003.
19. Bigotto, M.L.B. et al. Harmonia entre estética rosa e branca na abordagem multidisciplinar do sorriso gengival: relato de caso. *Anais Faculdade de odontologia de Bauru, São Paulo*, 2019.
20. Bolla, E.D; Goldenberg, P. Clareamento gengival: ensino e etnocentrismo. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.15, n.1, rio de janeiro, jun. 2010.
21. Camargo L.O.A. Análise prospectiva da estabilidade dos tecidos moles ao redor de implantes imediatos com restaurações imediatas em incisivos centrais superiores. (Doutorado em Prótese Dentária)- Faculdade de odontologia, Universidade de são Paulo, são Paulo, 2007.
22. Hallawell, P. Visagismo: harmonia e estética, São Paulo, Senac, 2003.
23. Seixas, M.R; Costa-Pinto, R.A; Araujo, T.M. Estética gengival: uma abordagem ortodôntica e periodontal. *Dental press j. Orthod.*, v.17, n.5, 2012.
24. Barbosa e Silva, E. et al. Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope” - enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. *Rev. Odontológica de Araçatuba*, v.25, n.2, p.43-50, 2004.
25. Coachman, C; Calamita, M; Schayder, A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. *Dicas*, v.1, n.2, 2012.
26. Dawson, P. E. Functional occlusion: From TMJ to smile design. St Louis: Mosby; 2007.
27. Aldegheishem, A.; Azam, A.; Al-Madi, E.; Abu-Khalaf, L.; Bani Ali, B.; Anweigi, L. Golden proportion evaluation in maxillary anterior teeth amongst Saudi population in Riyadh. *Saudi Dent J*, Jul;31(3):322-329, 2019.
28. Iliev, G.V. Personalized Digital Smile Design for Predictable Aesthetic Results. *Balk J Dent Med*, 20:172-7, 2016.
29. Farias-Neto, A; Gomes, E.M; Sanchez-Ayala, A;Vilanova, L.S. Esthetic Rehabilitation of the Smile with No-Prep Porcelain Laminates and Partial Veneers. *Case reports in dentistry*, 1-6, 2015.
30. Cervino, G; Fiorillo, L; Arzukanyan, A; Spagnuolo, G; Cicciù, M. Fluxo de trabalho digital restaurador dentário: design digital do sorriso da estética à função. *Revista de Odontologia*, 7 (2) 30, 2019.
31. Yan H, Cervino L, Jia X, Jiang SB. A comprehensive study on the relationship between the image quality and imaging dose in low-dose cone beam CT. *Phys Med Biol*, 57(7):2063-80, 2012.
32. Coachman C, Paravina R.D. Digitally enhanced esthetic dentistry - From treatment planning to quality control. *J Esthet Restor Dent*, 2016.
33. Charavet C, Bernard J.C, Gaillard C, Le Gall M. Benefits of Digital Smile Design (DSD) in the conception of a complex orthodontic treatment plan: A case report-proof of concept. *Int Orthod*, 2019.
34. Aquino, A.P.T. et al. Facetas de porcelana: solução estética e funcional. *Cliínica International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis*, v. 5, n. 2, p. 142-52, abr./jun. 2009.
35. Bowen RL. Properties of a sílica-reinforced polymer for dental restorations. *J Am Dent Assoc*, 66:57-64, 1963.
36. Buonocore, M.G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J Dent Res*. 34(6):849-53, 1955.
37. Cardoso, P.C. et al. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos. *ROBRAC, Goiânia* v. 20, n. 52. p. 88-93, 2011.
38. Rucker, L.M.; et al. Pcelain and Resin Venners Clinically Evaluated: 2- year Results. *J Am Dent Assoc, Chicago*, v.121, p. 594-596, nov. 1990.

39. Soares, P; Zeola, L; Pereira, F; Milito, G; Machado, A. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. *Robrac*, v.21, n.58, 2012.
40. Clavijo, V; Kabbac,W; Adesão : estratégias adesivas e o passo- a- passo para realizá-las. *International Journal of Brazilian Dentistry*; Florianópolis; v.9; n.4; p.374-383; out-dez; 2013.
41. Al-Zain, A. No-preparation porcelain veneers. 2009. 24f. School of Dentistry, Indiana University, Iupui, 2009.
42. Culp, L.; McLaren, E. A. Lithium disilicate: the restorative material of multiple options. *Compendium* Vol. 31, nº 9, pág. 716 – 725, November / December 2010.
43. Carvalho, R. L. A.; Faria, J. C. B.; Carvalho, R. F.; Cruz, F. L. G.; Goyatá, F. R. Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livres de metal: uma revisão da literatura. *Int J Dent, Recife*, 11(1):55-65, jan/mar, 2012
44. Reis RS, Casemiro L, Silva FR. Sistema de zircônia fresada por computador para próteses fixas metal-free. In: Gonçalves EAN, Gentil SN. *Atualização clínica em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, p. 493-507, 2006.
45. Trigueiro, T; Landim, E; Tavares, G. Reabilitação estética e funcional do sorriso: revisão de literatura. *Revista interfaces: saúde, humanas e tecnologia*, v.3, n.9, 2015.
46. Pegoraro, L. F. et al. *Prótese fixa*. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
47. Cota, A. et al. Reabilitação estética e funcional de dentes anteriores escurecidos e comprometidos estruturalmente: caso clínico. *Rev. Odontológica de Araçatuba*, v.30, n.1, p.36-41, 2009.

#### **CORRESPONDENTE AUTOR:**

**EDUARDA MARIA PAZ PRESTES  
DOS SANTOS**

E-mail: [eduardampps@gmail.com](mailto:eduardampps@gmail.com)

Telefone: 54 999984118

Endereço: Rua Júlio de Castilhos, 1001, Centro,  
Farroupilha, RS.

