UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

LENTES DE CONTATO E UMA ANÁLISE DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

Vínícius Chaves Ribeiro

ARACAJU/SE
JUNHO/2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

LENTES DE CONTATO E UMA ANÁLISE DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Ac. Vinícius Chaves Ribeiro
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina Barretto

ARACAJU/SE
JUNHO/2015

VINÍCIUS CHAVES RIBEIRO

LENTES DE CONTATO E UMA ANÁLISE DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

APROVADA EM ____/06/2015

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Sandra Regina Barretto
ORIENTADOR/PRESIDENTE DA BANCA

_____

Profa. Dra. Giulliana Panfiglio Soares
1º EXAMINADOR

_____

Prof. Dr. Antônio Alves de Almeida Júnior
2º EXAMINADOR

ATESTADO

Eu, Sandra Regina Barreto orientadora do discente Vinícius Chaves Ribeiro atesto que o trabalho intitulado: "**LENTES DE CONTATO E UMA ANÁLISE DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS**" está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

_____

Profa. Dra. Sandra Regina Barretto

“In every life we have some trouble,
When you worry you make it double
Don't worry, be happy”

Bob Marley

LENTES DE CONTATO E UMA ANÁLISE DE SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

Vinícius Chaves Ribeiro[a], Sandra Regina Barretto[b]

[(a)] Graduando em Odontologia - Universidade Tiradentes; [(b)] MSc. DDS Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;

Resumo

Um sorriso esteticamente perfeito está intimamente associado ao bem-estar: físico, psicológico, socioeconômico, pessoal e profissional. Sendo assim, o cirurgião dentista tem se deparado com um alto grau de exigência por parte dos pacientes, principalmente no que se refere ao padrão estético exigido em relação aos procedimentos restauradores. Desta forma, a evolução da odontologia juntamente com suas técnicas e materiais, visam a satisfação dos requisitos mecânicos, funcionais e estéticos sem, no entanto, se afastar dos preceitos difundidos pela Odontologia contemporânea que visa a preservação da estrutura dental sadia. Para atender a essas exigências surgem a cada dia possibilidades técnicas cada vez menos invasivas, como as "lentes de contato" dentárias, que se constituem de laminados de cerâmicas de espessura ultrafina cimentados ao esmalte dental por técnicas de cimentação adesiva em dentes anteriores. A proposta da presente revisão de literatura foi o de fazer uma análise dos aspectos clínicos concernentes a essa técnica restauradora indireta, enfatizando as etapas clínicas de confecção dos laminados, suas indicações, limitações, técnicas de aplicação, preparo cavitário e cimentação.

Palavras-chave: Estética; facetas dentárias; cerâmicas

Abstract

An aesthetically perfect smile is deeply associated with well-being: physical, psychological, socioeconomic, personal and professional. Thus, the dental surgeon has been facing a high-grade demand from patients, mainly regarding aesthetic standards, conservative restorative and durability procedures. Therefore, the evolution of dentistry along with its techniques and materials, aim at the satisfaction of mechanical, functional and aesthetic requirements, without, however, separating from the percepts disseminated by contemporary dentistry that aims at the preservation of a healthy tooth structure. To meet these requirements, arise every day less invasive technical possibilities, such as "dental contact lenses" which are made of ultrafine ceramic laminates cemented with dental enamel by adhesive cementing techniques on anterior teeth. The purpose of this literature review is to make an analysis of the clinical aspects concerning this indirect restorative technique, emphasizing the clinical stages of preparation of laminates, its indications, limitations, application techniques, cavity preparation and cementation.

Keywords: Esthetics, dental veneers; ceramics

---

1. Introdução

O desejo de estar bem consigo mesmo e sentir-se atraente não é mais visto como um sinal de vaidade, diante do efeito que a aparência exerce no mundo competitivo em que se vive (BISPO, 2009). E nesse ínterim deve-se levar em consideração que a face exerce um papel fundamental, uma vez que, exerce um efeito marcante no observador quando se fala de aparência e de beleza, e ao ressaltar a face, deve-se fazer menção a boca e em consequência, ao sorriso, responsáveis por captar cerca de 60% da atenção, nessa área do corpo. Por isso, pode-se afirmar que os dentes são determinantes na beleza da face (GOLDSTEIN, 1998).

Dessa forma, desarmonia do sorriso pode resultar em um indivíduo com perfil psicológico alterado, ressaltando timidez excessiva e dificuldade de relacionamento interpessoal, causando transtornos, independentemente da idade, do gênero, ou do nível sócio-econômico (JUNIOR, 2011).

A busca para atender a demanda estética nos tratamentos odontológicos, tendo em vista a grande expectativa dos pacientes em relação a essa modalidade de tratamentos, tem se tornado um grande desafio, aliando o resultado estético e qualidade ao tratamento (BISPO, 2009).

Nesse ínterim, o desenvolvimento de materiais estéticos e técnicas restauradoras e/ou reabilitadoras têm sido alvo dos esforços tanto dos cirurgiões-dentistas como dos fabricantes, aliando resultado e durabilidade aos procedimentos estéticos (LANZA, 2012).

Um exemplo disso são as cerâmicas dentais cujas características estéticas estão próximas às da estrutura dentária, e mesmo o seu aprimoramento nos seus aspectos físico e mecânico, tem permitido a confecção de peças únicas em cor, durabilidade e em espessuras mínima, como as facetas minimamente invasivas ou “Lentes de Contato” dentais.

As facetas estéticas do tipo “Lentes de Contato” destacam-se por serem uma opção bastante conservadora, preservando o remanescente dentário e restituindo sutis diferenças de forma, posição e textura antes inimagináveis. Estes laminados são o que há de mais sofisticado na estética de dentes anteriores e recebem esse nome por se assemelharem às lentes de contato oftalmológicas devido à sua espessura mínima, sendo indicados em situações restritas, tais como: dentes conóides, dentes fraturados ou trincados, redução de diastemas e aumento da face vestibular, muito embora, não sejam eficazes em alterações de cor severas por apresentarem espessura ultrafina (SOUZA, 2008).

Esse tipo de facetas são bastante duradouras e resistentes e, por serem ultraconservadoras no que diz respeito à estrutura dental, raramente necessitam de preparo para sua aplicação e quando este se faz necessário acontece com desgaste mínimo do dente (PINI et al, 2012).

Contudo, apesar de aparentemente simples, o sucesso do procedimento com as “Lentes de Contato” dentais está na dependência direta do seguimento de um adequado protocolo clínico que vai desde a sua indicação até as etapas de cimentação das facetas. Desta forma, o objetivo desta revisão de literatura é apresentar um apanhado sobre as diferentes etapas protocolares da utilização das facetas do tipo lentes de contato, enfatizando suas indicações, limitações, técnicas de aplicação, preparo cavitário e cimentação.

2. Desenvolvimento:

2.1. As cerâmicas: Histórico e Classificação

A palavra cerâmica surgiu a partir do termo grego ‘keramos’, que quer dizer argila. Há evidências da existência deste material desde aproximadamente 13 mil anos, devido a

indícios que foram encontrados nas escavações do Vale do Nilo, Egito (GOMES et al, 2008).

Em seguida, no século X, o uso da cerâmica passou para as mãos dos Chineses e a partir do século XVII já estava difundida em toda a Europa (SOUZA, 2008). Todavia, somente em 1774 existem referências quanto ao uso da porcelana como material odontológico, quando o francês Alexis Duchateou ao notar odor e gosto desagradável em sua dentadura confeccionada a partir de dentes de marfim de hipopótamo, passou a pesquisar um material que apresentasse características mais estéticas e ainda pudesse ser resistente ao manchamento e a abrasão. Desta forma, percebeu através de utensílios domésticos confeccionados em porcelana que tal material apresentava resistência e durabilidade satisfatórias (GOMES et al, 2008).

Em 1886, foi confeccionada a primeira restauração em cerâmica, por Charles Land e já no século XX, com o surgimento do cinema falado, a utilização das cerâmicas tomou um novo impulso com a necessidade de melhoramento da estética dos sorrisos dos atores e atrizes que atuavam em Hollywood, marcando o surgimento de uma nova maneira de se ver a beleza e a estética (SOUZA, 2008).

Posteriormente, em 1930, Charles Pincus, desejando modificar a forma e cor de dentes anteriores, fez uso facetas laminadas. Contudo, como na época não existia o domínio das técnicas de cimentação adesiva desta forma, os procedimentos eram de pouca durabilidade (SOUZA, 2008).

Em tempos modernos, as cerâmicas reúnem propriedades fundamentais que as fazem uma boa alternativa de material restaurador quando bem indicada, tais como: resistência à compressão, condutibilidade térmica semelhança aos tecidos dentais, radiopacidade, integridade marginal, estabilidade de cor, biomimetismo, além de menor retenção do biofilme bacteriano (AMOROSO et al, 2013). É importante salientar que a translucidez é uma das principais características dos sistemas cerâmicos, favorecendo a sua indicação e utilização em situações onde a estética seja preponderante. Contudo, translucidez e resistência são grandezas inversamente proporcionais, tornando-as mais frágeis e menos resistentes mecanicamente, o que compromete seu desempenho clínico sob alguns aspectos (MARTINS et al, 2010). Dito isso, verifica-se que o aprimoramento desses materiais é constante objetivando conseguir reunir os requisitos ópticos, biológicos, mecânicos e funcionais favorecendo e ampliando as suas indicações clínicas (AGRA, 2005; LIMA, 2013).

As cerâmicas feldspáticas foram as primeiras a serem confeccionadas em alta fusão e apresentam-se basicamente como um vidro, composta por feldspato de potássio e pequenas adições de quartzo (GOMES et al, 2008.) Elas oferecem uma ótima estética, fazendo com que coroas puras de porcelanas feldspáticas fossem utilizadas por muito tempo na Odontologia. Porém, a baixa resistência reduziu a sua indicação somente para coroas unitárias anteriores em locais de pouca força oclusal (AMOROSO et al, 2012).

Com a finalidade de melhorar as propriedades mecânicas das cerâmicas feldspáticas houve a necessidade de adicionar componentes que pudessem proporcionar maior resistência ao material, bem como, melhorar as suas características a fim de que se aproximassem cada vez mais das encontradas nas ligas áuricas, esses componentes são: leucita, dissilicato de lítio, óxido de alumina e óxido de zircônio (CAMPOS JUNIOR, 2011).

Com a adição de leucita e dissilicato de lítio à composição das cerâmicas feldspáticas houve uma melhora significativa das características mecânicas sem, no entanto, comprometer as qualidades ópticas do material (KINA, 2005.). Entretanto, já nas cerâmicas que foram reforçadas com óxido de alumina, apesar do ganho de duas vezes mais na resistência à

fratura em comparação às cerâmicas convencionais, notou-se perda das características estéticas por conter em sua composição 50% de óxido de alumina responsável por dificultar a transmissão da luz pelos cristais deste composto químico, consequentemente promovendo diminuição da translucidez (AMOROSO et al, 2012.).

Não muito diferente do ocorrido com as cerâmicas reforçadas com alumina, as reforçadas com óxido de zircônio, obtiveram um ganho significativo de resistência à flexão, conferindo-lhes um dos maiores valores de tenacidade entre os materiais cerâmicos, porém, o resultado final foi de um sistema altamente opaco (AMOROSO et al, 2012.)

Com base no princípio de desgastes minimamente invasivos, cada vez mais cravado na Odontologia e na prática dos cirurgiões dentistas, houve a possibilidade de utilização de peças cerâmicas em espessuras mínimas e bastante delicadas, através das lentes de contato dentárias que, diferem-se das facetas indiretas convencionais apenas porque estas necessitam de um preparo um pouco menos conservador quando comparado às lentes, devido a espessura da peça protética ser maior (MERIGHI, 2013.)

Partindo deste princípio, as cerâmicas mais indicadas para a confecção dos laminados do tipo "Lentes de Contato" são as reforçadas com Dissilicato de Lítio por apresentarem excelentes propriedades ópticas, alta translucidez, permitindo ótima interação de luz entre a restauração e o preparo dentário aliadas a resistência flexural de 380 a 400MPa, sendo este valor significativamente superior à das cerâmicas feldspáticas de 110MPa (AMOROSO et al, 2012).

Diante do que foi exposto, a escolha da melhor cerâmica depende de qual material é mais indicado para cada caso clínico, levando em consideração a necessidade estética, expectativa do paciente e o nível de resistência exigido pela área a ser trabalhada (SOUZA, 2008.)

2.2. "Lentes de Contato" dentais: Indicações e Limitações

As "Lentes de Contato" dentais são o que há de mais moderno na Odontologia restauradora e se mostram como uma solução extremamente viável para devolução de forma e estética aos dentes anteriores. Recebem este nome por se tratarem de uma fina lâmina cerâmica, variando de 0,2 a 0,5 mm de espessura que vai ser adesivamente aderida ao dente minimizando perda e/ou riscos às estruturas dentárias (DEVES, 2012). O sucesso desse tipo de procedimento está na dependência direta de um correto diagnóstico, que por sua vez, irá facilitar o planejamento, execução e gerar, por conseguinte, resultados satisfatórios e duradouros (OKIDA et al, 2012).

Com suas indicações restritas e bem sedimentadas, as "Lentes de Contato" dentais, podem ser usadas para: reanatomizar o sorriso, para fechar ou reduzir diastemas, aumentar o comprimento dentário, para dentes com forma atípica, para melhorar a textura do dente, para corrigir pequenas alterações de posição dos dentes, bem como, pequenas alterações de cor, para mascarar restaurações classes III, IV e V e restaurar bordo incisal danificado (SOARES et al, 2012; DEVES, 2012; OKIDA et al, 2012.)

Por conseguinte, dentro de uma Odontologia minimamente invasiva, as "Lentes de Contato" dentais apresentam vantagens significativas, como, por exemplo: não necessitar anestesia, ausência de sensibilidade pós-operatória, mínimo estresse flexional já que a peça é cimentada sobre o esmalte dental, durabilidade e possível remoção, improvável infiltração ou deslocamento e conservação da estrutura dental (SOARES et al, 2012; DEVES, 2012; OKIDA et al, 2012.)

No entanto, apesar das indicações e vantagens supracitadas, deve-se ter ciência das contra indicações que as lentes possuem, a saber: dentes com manchas e grandes alterações de cor, dentes com a coroa destruída,

pacientes com bruxismo (AL-ZAIN, 2009). Além de limitações, tais como: necessidade de destreza do técnico laboratorial, salientando a importância da existência de comunicação entre cirurgião-dentista e ceramista e conhecimento clínico do procedimento de cimentação por parte do odontólogo. (NISHIMORI et al, 2013)

2.3. Planejamento

Um tratamento considerado de fato minimamente invasivo exige a compreensão de estética, função e biologia. Antes de qualquer coisa, é necessário o correto diagnóstico, dado através de uma completa análise facial e dental, na qual deve-se incluir: avaliação dos anseios e expectativas do paciente para com o tratamento; exame periodontal detalhado para constatação de saúde das estruturas do periodonto; fotografias extra e intra orais, com a finalidade de registrar o caso previamente ao tratamento; radiografias periapicais; modelo de estudo pronto para realização do eceramento diagnóstico e posterior confecção do *mock-up*, permitindo ao paciente ter uma visão geral do resultado final para avaliação e, posterior aprovação para confecção das lentes. Adicionado a isso, alguns fatores precisam ser levados em consideração durante o planejamento, são eles: Posição da linha média do sorriso; alinhamento dos dentes; posição da borda incisal; oclusão; alteração de cor; quantidade de esmalte remanescente pois, a adesão da cerâmica preferencialmente deve ser feita em esmalte detário; posição dos lábios; forma e contorno desejados dos dentes e capacidade de realizar isolamento absoluto (AL-ZAIN, 2009; LESAGE, 2010.)

2.4 . Mock-Up

A sequência inicial para confecção das lentes inclui moldagem inicial com alginato e vazamento com gesso tipo IV, para obtenção do modelo de estudo, sendo em seguida realizado o enceramento diagnóstico no modelo. Concluído o enceramento, faz-se um guia de transferência, que pode ser obtido com silicone de adição pesado, de preferência os laboratoriais por serem mais rígidos. Desta forma, esses guias vão servir para a confecção do *Mock-up* que nada mais é do que um 'ensaio restaurador', trata-se de um provisório imediato através do qual, o paciente terá uma visão geral do aspecto clinico do seu caso, possibilitando ao profissional saber se o resultado agrada ao paciente, satisfazendo suas expectativas. Ele é confeccionado a partir de resina bisacrílica colocada no guia, que por sua vez é posicionado na boca do paciente até tomar presa, possibilitando ao paciente aprovar o aspecto final do seu sorriso e autorizar a fabricação das lentes de contato. Em seguida, caso o resultado tenha sido aprovado, dá-se início a moldagem para obtenção do modelo de trabalho (SILVA et al, 2013).

2.5 . Preparo para as "Lentes de Contato" Dentais

Quando as facetas de porcelana foram introduzidas na Odontologia como forma de tratamento, há cerca de 30 anos, surgiram preocupações se um laminado cerâmico com espessura fina de 0,5mm seria capaz de resistir à fraturas durante a função. Este receio fez com que o preparo de dentes recomendado fosse de 0,5–1mm, muito embora, não existisse nenhuma evidência que o justificasse (AL-ZAIN, 2009). Porém, estudos realizados ao longo de anos mostram que preparos minimamente invasivos apresentam a durabilidade da restauração (CALAMIA, 2007).

Em se tratando de laminados cerâmicos ultrafinos, as "Lentes de Contato", o preparo dentário realizado para sua implantação pode em algumas situações ser inexistente, são elas: dentes pequenos ou lingualizados, dentes conóides ou com alterações de forma e fechamento de diastemas. Porém, quando necessário, trata-se de um desgaste minimamente invasivo ou ultraconservador, guiado pela

necessidade do caso e restrito ao esmalte dental (OKIDA et al, 2013.)

A necessidade de desgastes para a confecção das "Lentes de Contato" dentais deve-se, na maioria dos casos para evitar principalmente uma aparência volumosa na face vestibular dos dentes, onde o desgaste axial não ultrapasse 7mm, bem como, impedir sobrecontorno, através da realização de chanfrado nos contornos cervicais para melhoria da estética e adaptação da peça cerâmica (AL-ZAIN,2009).

Deve-se ressaltar que estudos em longo prazo demonstraram sucesso em 94% dos tratamentos com preparo minimamente invasivo. No entanto, é indispensável um adequado plano de tratamento específico para cada paciente para assim alcançar êxito no resultado final (AL-ZAIN, 2009; DEVES, 2012).

2.6 . Moldagem para "Lentes de Contato" dentais

A obtenção de uma moldagem satisfatória não deve ser o apenas resultado da escolha do 'melhor' material, também é importante que haja domínio da técnica por parte do profissional (COSTA, 2007).

É importante salientar que nos casos em que a margem gengival do preparo esteja dentro do sulco gengival, é indispensável, previamente a moldagem, o uso de fio retrator de espessura compatível com a profundidade do sulco, devendo ser inserido com o auxílio de um instrumento metálico para facilitar o procedimento (SOUZA, 2008).

Após o afastamento da margem gengival, a moldagem propriamente dita deve ser feita com um material de precisão, sendo o de eleição, as siliconas de adição pois possuem uma excelente estabilidade dimensional, fidelidade de reprodução e recuperação elástica e ainda permitem duplo vazamento, sendo o primeiro para troquelado e o segundo para ajustes proximais (COSTA, 2007). A moldagem com tipo de material pode ser feita em dois passos, começando com o sistema pesado seguido pelo alívio da primeira moldagem e, posteriormente, pela moldagem com o sistema leve, caracterizando a dupla moldagem (SOUZA, 2008). Pode-se optar também pela moldagem simultânea, onde os dois sistemas são utilizados ao mesmo tempo (COSTA, 2007).

Um cuidado deve ser tomado ao se utilizar a silicone de adição e se refere ao vazamento no molde que não deve ser feito com menos de 2h pois a liberação de produtos oriundos da reação química podem inteferir a qualidade do modelo final de trabalho. Já a moldagem do antagonista pode ser feita com alginato e vazada com gesso tipo II imediatamente após a desinfecção (COSTA, 2007; FILHO et al, 2012).

2.7. Cimentação das "Lentes de Contato" dentais

Nos casos clínicos onde as "Lentes de Contato" são eleitas como tratamento, a cimentação torna-se um fator fundamental para longevidade e estética satisfatórias, visto que os cimentos adesivos são responsáveis pela união entre a cerâmica e esmalte dentário, além do fato, da cor do cimento utilizado interferir diretamente no resultado final do procedimento, uma vez que a porcelana de fina espessura é altamente translúcida (DEVES, 2012; SOARES et al, 2012). Desta maneira, o ideal é realizar um teste da "Lente de Contato" com cimento de prova (cimento *try-in*), possibilitando assim determinar o cimento a ser utilizado para a cimentação definitiva (DEVES, 2012).

Para que o resultado da cimentação seja adequado é necessário cumprir com as etapas prévias à cimentação em relação ao dente (profilaxia, hibridização com ácido fosfórico 37% durante 30 seguntos seguido do sistema adesivo) e com as "Lentes de Contato" a serem cimentadas (jateamento com óxido de alumínio de 4 a 6 segundos,

condicionamento com ácido fluorídrico 9,5%, onde a sua exposição ao ácido dependerá do tipo de cerâmica empregada e silanização com agente silano por aproximadamente 1 minuto até que ocorra sua evaporação), objetivando alterar a superfície da unidade dental e da cerâmica, potencializando a adesão entre as duas estruturas (PINI et al, 2012).

O tempo de condicionamento com ácido fluorídrico das porção interna das "lentes de contato" varia em relação ao tipo de cerâmica utilizada. No caso das facetas confeccionadas em cerâmicas feldspáticas o ácido deverá permanecer por no mínimo dois minutos, diferentemente das reforçadas com dissilicato de lítio que sugere um condicionamento de apenas vinte segundos para o aumento da retenção (RIBEIRO et al, 2007).

O jateamento com óxido de alumínio faz-se necessário para otimizar a retenção micromecânica contudo, este deve ser utilizado a depender do tipo de cerâmica que está sendo trabalhada, especificamente da sua quantidade de sílica, sendo realizada em cerâmicas feldspáticas e nas reforçadas com dissilicato de lítio por estas possuírem alto teor de sílica (RIBEIRO et al, 2007).

Quanto ao tipo de cimento a ser utilizado, deve-se dar preferência aos do tipo fotoativáveis uma vez que, a espessura ultrafina das "Lentes de Contato" não consegue mascarar as alterações de cor dos cimentos quimicamente ativados e do tipo duais, uma vez que eles apresentam em sua composição a amina terciária ou o ácido sulfínico como ativador químico, que pode provocar alterações de cor com o passar do tempo, tornando o material amarelado e consequentemente, comprometendo o resultado estético do procedimento restaurador (DEVES, 2012).

Em casos de múltiplas lâminas, é recomendado que as peças sejam cimentadas uma por vez, facilitando assim os ajustes proximais e evitando erros ou falta de realização de alguma etapa do processo, da mesma maneira que, devem ser introduzidas no sentido inciso-cervical, cuidadosamente e exercendo leve pressão até seu completo assentamento, bem como, realizar a remoção dos excessos do cimento resinoso através de limpeza com pincel e checagem do ponto de contato utilizando fio dental. Em seguida, é iniciada a fotopolimerização respeitando o tempo de 60 segundos pela palatina/lingual e 60 segundos pela vestibular (SOARES et al, 2012).

Posteriormente a cimentação adesiva das restaurações cerâmicas, deve-se fazer checagem da oclusão, ajustando os movimentos em lateralidade, protusão e restabelecer uma guia anterior funcional e adequada (SOUZA, 2008)

3. Considerações finais

Frente ao exposto nesta, pode-se inferir que as "Lentes de Contato" dentais são uma excelente opção para oferecer estética e função aos dentes, por conseguirem reproduzir com clareza as características da estrutura dentária natural, além de proporcionar resistência e durabilidade superiores à outros tratamentos restauradores como por exemplo em restaurações com resina composta.

Este tratamento representa bem a Odontologia moderna, no que diz respeito a proporcionar estética, além de atender aos objetivos da realização de procedimentos ultraconservadores em relação à estrutura dental, uma vez que dispensa ou realiza mínimo desgaste do esmalte dental, evitando ou reduzindo danos ao dente.

Contudo, é um procedimento que exige do operador esmero em cada etapa operatória desde o diagnóstico até as etapas de cimentação das peças no local destinado. Desta forma, cabe ao cirurgião-dentista propor ao paciente essa alternativa de tratamento quando sua indicação possuir embasamento cientifico e fundamento, proporcionando assim êxito clínico, culminando com a satisfação do paciente.

Referências

AGRA, C.M. **Avaliação quantitativa e qualitativa de duas cerâmicas frente a diferentes tratamentos de superfície**. São Paulo, SP, 2005. 136p. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

AL-ZAIN, A. **No – Preparation porcelain veneers**. Indianopolis, IN, 2009. 24p. Dissertação. School of Dentistry, University of Indiana.

AMOROSO, A.P., FERREIRA, M.B., TORCATO, L.B., PELLIZZER, E.P., MAZARO, J.V.Q., FILHO, H.G. Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações clínicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v.33, n.2, p. 19-25, julho/dezembro. 2012.

BISPO, L.B. Facetas estéticas: status da arte. **Revista Dentística Online.** Ano 8, n.18. jan./mar. 2009.

CALAMIA, J.R., CALAMIA C.S. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. **Dent Clin North Am**. v.51, p. 399-417, 2007.

COSTA, L.M. **Laminados cerâmicos**. Passo Fundo, RS, 2007. 54p. Monografia (Especialização). Unidade de pós-graduação, UNINGÁ.

DEVES, C. **Avaliação técnica de restaurações cerâmicas minimamente invasivas: revisão de literatura**. Passo Fundo, RS, 2012. 26p. Monografia (Especialização). Faculdade Meridional, CEOM.

FILHO, P.F.M., ANDRADE, A.K., RODRIGUES, S., MORAIS, M., SILVA, C.H.V. Transformação estética do sorriso – relato de caso clínico. **Int J Dent**. v.11, p. 83-87, 2012.

GOLDSTEIN, R.E Concepts of Dental Esthetics. Cap. 1. In: GOLDSTEIN, R.E. **Esthetics in Dentistry.** 2ª Ed. Michigan: B.C. Decker, p. 12-24, 1998. 470 p.

GOMES, E.A., ASSUNÇÃO, W.G., ROCHA, E.P., SANTOS, P.H. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. **Cerâmica**. v.54, p. 319-325, 2008.

CAMPOS JUNIOR, N. **Metalocerâmica, IPS Empress I, II e IPS e.Max: uma revisão de literatura.** Lages, SC, 2011. 40p. Monografia (Especialização). FUNORTE/SOERBAS.

KINA, S. Protoloco clínico para utilização de uma nova cerâmica vítrea reforçada por leucita. **Dental Press**. v.2, n.4, p. 23-67, out./nov./dez. 2005.

LANZA, M.D.S. **Avaliação da influência do tipo de cerâmica e protocolo de ativação no grau de conversão de cimentos resinos por meio da espectroscopia raman**. Bauru, SP, 2012. 159p. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

LESAGE, B. Revisiting the design of minimal and no-preparation veneers: A step-by-step techinique. **CDA Journal.** v.38, n.8, p. 561-569, 2010.

LIMA, E. **Degradação da resistência de cerâmicas odontológicas após ciclagem mecânica**. São Paulo, SP, 2013. 68p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

MERIGHI, R.M.B. **Tipo de preparo para lente de contato dentária e faceta laminada indireta.** Campo Grande, MS, 2013. 26p. Monografia (Especialização). IOPG

MARTINS, L.M., FARIAS, B.C., LOPES, L.D.S., BONFANTE, G., RUBO, J.H. Comportamento biomecânico das cerâmicas odontológicas. **Cerâmica**. v. 56, p. 148-155, 2010

NISHIMORI, L.E., ANNIBELLI, R., CORREA, G.O., SILVA, C.O., PROGEANTE, P.S., MARSON, F.C. Sistemas cerâmicos e suas possibilidades. **International Journal of Brazilian Dentistry.** v.9, p. 178-185, 2013.

OKIDA, R.C., FILHO, A.J.V., BARÃO, V.A.R., SANTOS, D.M., GOIATO, M.C. The

use of fragments of thin veneers as a restorative therapy for anterior teeth disharmony: A case report with 3 years of follow-up. **The Journal of Contemporary Dental Practice**. v.3, p. 416-420, 2012.

PINI, N.B., AGUIAR, F.H.B., LIMA, D.A.N.L., LOVADINO, J.R., TERADA, R.S.S., PASCOTTO, R.C. Advances in dental veneers: materials, applications, and techiniques. **Clin Cosmet Investing Dent**. v.4, p. 9-16, fev, 2012.

RIBEIRO, C.M.B., LOPES, M.W.F., FARIAS, A.B.L., CABRAL, B.L.A.L., GUERRA, C.M.F. Cimentação em prótese: procedimentos convencionais e adesivos. **International Journal of Dentistry**. v.2, p.58-62, abr/jun 2007

SILVA, W., GENTILLI, H., PEREIRA, P.F., OLÍMPIO, L., MONTENEGRO, G., PINTO, T. Lentes de contato dental: construindo um protocolo previsível. **Odonto Magazine**. v.32, p. 42-46, 2013.

SOARES, P.V., ZEOLA, L.F., SOUZA, P.G., PEREIRA, F.A., MILITO, G.A., MACHADO, A.C. Reabilitalção estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Odontol Bras Central**. v.21, p. 538-543, 2012.

SOUZA, V.L. **Laminados cerâmicos em área estética**. Rio de Janeiro, RJ, 2008. 63p. Monografia (Especialização). CIODONTO