

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ALISSON MATHEUS SANTANA DOS SANTOS

GUSTAVO HENRIQUE DA SILVEIRA COSTA

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO
COM RESTAURAÇÃO CERÂMICA**

ARACAJU/SE

MAIO/2019

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO
COM RESTAURAÇÃO CERÂMICA**

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

Orientador: Max Dória Costa

ARACAJU/SE
MAIO/2019

ALISSON MATHEUS SANTANA DOS SANTOS
GUSTAVO DA SILVEIRA COSTA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO
COM RESTAURAÇÃO CERÂMICA

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, MAX DÓRIA COSTA Orientador dos alunos Alisson Matheus Santana Dos Santos e Gustavo Henrique da Silveira costa atesto que o trabalho intitulado **Reabilitação Estética: Um Estudo de Caso com Restauração Cerâmica** 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,

Orientador(a)

REABILITAÇÃO ESTÉTICA: UM ESTUDO DE CASO COM RESTAURAÇÃO CERÂMICA

Alisson Matheus Santana dos Santos¹ Gustavo Henrique Da Silveira Costa¹ Max Dória Costa²

. ¹Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ²MSc. Dr. E, Professor do Curso de Odontologia—Universidade Tiradentes. -

RESUMO

A busca pela estética do sorriso favorece e conduz o aprimoramento dos sistemas restauradores totalmente cerâmicos que atualmente podem ser indicados por apresentarem biocompatibilidade, resistência mecânica, durabilidade e aproximação estética com os tecidos dentários naturais. Desse modo, o presente artigo tem como objetivo descrever, um caso clínico em paciente do gênero feminino, 26 anos que relatou queixa de insatisfação estética, apresentando alteração de forma e cor dos incisivos laterais superiores. Nosso foco é destacar a reabilitação estética, através da confecção de coroa total cerâmica e faceta cerâmica, nos dentes 22 e 12, respectivamente. No relato de caso foi utilizado a cerâmica dissilicato de lítio caracterizado como um material resistente e estético, além de cimento resinoso foto ativado para manter a estabilidade de cor e durabilidade da cerâmica, obtendo resultados significantes na estética e autoestima da paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Estética dentária; Porcelana dentária; Cimentação.

ABSTRACT

The crave for smile aesthetics promotes and leads the improvement of fully ceramic restorative systems that can currently be indicated due biocompatibility, mechanical resistance, durability and aesthetics similar to natural dental tissues. Therefore, the present article aims to describe, one clinic case in a female patient, twenty six years old who reported a complain about aesthetic dissatisfaction because her teeth, upper lateral incisors were small and presented color change. Our focus is to highlight the aesthetic rehabilitation, through the manufacture of total ceramic crown and ceramic facet, in teeth 22 and 12, respectively. In the case report was used of lithium disilicate ceramics characterized as a resistant and aesthetic material, in addition, a light curing resin cement was used to keep color stability and durability of the ceramic, obtaining significant results to patient aesthetics and self-esteem.

KEYWORDS: dental aesthetic, dental porcelain, cementation.

INTRODUÇÃO

Falar de estética do sorriso na sociedade contemporânea é, também, falar de um processo criterioso no tocante a seleção do material utilizado para as restaurações dentárias diretas ou indiretas. Entretanto, para a obtenção dos resultados desejados à longo prazo, fazem necessários cuidados em todas as etapas do tratamento, como: diagnóstico criterioso, planejamento, indicação, seleção do material restaurador, preparos dentais, confecção das restaurações até a cimentação definitiva e controle posterior.

Com o avanço tecnológico e o aumento da busca por materiais estéticos que mimetizem as características dos dentes naturais, fez com que os sistemas cerâmicos odontológicos se aprimorassem cada vez mais, sendo atualmente bastante requisitados nos consultórios, devido as suas características e desempenho clínico. É notório o uso rotineiro de restaurações em cerâmica para restabelecer a estética nas clínicas odontológicas (ANDRADE *et al*, 2017).

Outro ponto importante para ser observado é a indicação correta dos diferentes tipos de sistemas totalmente

cerâmicos disponíveis no mercado. Para isto, o profissional da Odontologia deve ter conhecimento sobre as principais diferenças técnicas entre coroas totais, facetas, lentes e fragmentos cerâmicos, percebendo a espessura mínima que estas restaurações indiretas necessitam, para atender ao resultado tanto estético quanto funcional. (CARDOSO *et al*, 2011).

Durante a análise estética do sorriso, quando detectado clinicamente uma grande perda da estrutura dental, geralmente associado à tratamento endodôntico, o mais indicado é a utilização das coroas totalmente cerâmica que apresentam espessuras mínimas de 1,0 a 1,5mm (ROSSATO *et al*, 2010), já que as coroas metalocerâmicas podem, com tempo, apresentar escurecimento na margem gengival devido à presença de metal em sua estrutura (OLIVEIRA *et al*, 2017).

As facetas são utilizadas para a correção de anomalias de forma como microdontia, dentes cônicos e malformados, além dos casos de correção de amelogenese imperfeita, é necessário uma espessura que varia de 0,5 a 1,2 mm (ALMEIDA, 2016).

Os laminados cerâmicos, também conhecidos como, lentes de contato, estão indicadas para pequenas correções de contorno e bordo incisal, dentes conóides, fechamento de diastemas pequenos e dentes com perda de esmalte por lesões não cariosa rasas. São mais finas que as facetas apresentando de 0,2 a 0,4 mm de espessura e exigem o mínimo de desgaste nos dentes para o tratamento, ou até mesmo nenhum (CLAVIJO *et al*, 2015).

Os fragmentos cerâmicos estão indicados na reconstrução de pequenas perdas de estrutura dental com necessidade de resistência, sem alteração de cor. Tem espessura em média de 0,1 a 0,4 mm, na maioria dos casos os desgastes dentários estão dispensados (CLAVIJO *et al*, 2015).

O sucesso clínico destas restaurações depende sobretudo da qualidade do preparo, com reduções e dimensões corretas e refinadas, compatíveis com as indicações clínicas (MOURA, 2015). Desse modo, a escolha do material restaurador deve se sustentar nas propriedades de biocompatibilidade, mecânica, durabilidade e estética conforme cada caso. Cerâmica é uma das principais alternativa de material restaurador

para a estrutura dental, devido diversas vantagens e propriedades favoráveis como: resistência à compressão e a abrasão, estabilidade de cor, estabilidade química, radiopacidade, condutibilidade térmica, biocompatibilidade, semelhança aos tecidos dentais, biomimetismo, integridade marginal, coeficiente de expansão térmica próxima ao da estrutura dentária, entre outras (AMOROSO *et al*, 2012).

As cerâmicas consistem em vidros de silicato, porcelanas, cerâmicas vítreas ou sólidas altamente cristalinas. Estas apresentam propriedades químicas, mecânicas, físicas e térmicas que as distinguem dos metais, resinas acrílicas e compósitos à base de resina (ANDRADE *et al*, 2017).

A sensibilidade da superfície das cerâmicas é um fator de grande relevância clínica e estas pode ser classificadas em dois grupos principais. As cerâmicas ácido-sensíveis (feldspática, reforçadas por leucita ou dissilicato de lítio) apresentam uma matriz vítrea que se degrada na presença do ácido fluorídrico. Diferente das cerâmicas ácido-resistentes (a base de alumina ou zircônia), que não são afetadas pelo tratamento de superfície por

apresentarem baixo ou nenhum conteúdo de sílica, conseqüentemente sofrem pouca ou nenhuma degradação superficial na presença do ácido fluorídrico (ANDRADE *et al*; 2017).

Para a concretização da restauração dos dentes é primordial que o profissional tenha ciência de que seu maior desafio, no tocante a estética em dentes anteriores, é conseguir desenvolver técnicas favoráveis a interação entre a superfície do esmalte dental e a restauração cerâmica indireta com foco na manutenção estética. Desse modo, o mercado tecnológico com objetivo de aperfeiçoar desenvolveu as técnicas adesivas de cimentação que permitem a preservação, ao máximo, da estrutura dental respeitando os requisitos estéticos (PINI *et al*, 2012).

Assim sendo, o presente artigo tem como objetivo descrever um caso clínico de reabilitação estética em incisivos laterais que apresentavam alteração de forma e cor utilizando

coroa total cerâmica e faceta cerâmica.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 26 anos de idade, compareceu à clínica Odontológica da Universidade Tiradentes com queixa de insatisfação estética por os seus dentes serem pequenos e apresentarem alteração de cor.

Ao exame clínico extra oral foi possível observar que a paciente apresentava uma linha de sorriso ligeiramente alta, mas não comprometendo a estética gengival anterior (fig. 1).

Figura 1 - Fotografia extra oral



Fonte: Caso Clínico pesquisado

No exame intra oral as unidades 12 e 22 apresentam alteração na sua anatomia, com destaque para a restauração em resina composta insatisfatória e gengiva com inflamação papilar intensa na unidade 22 (fig.2, 3 e 4).

Figura 2 - Vista frontal do sorriso



Fonte: Caso Clínico pesquisado

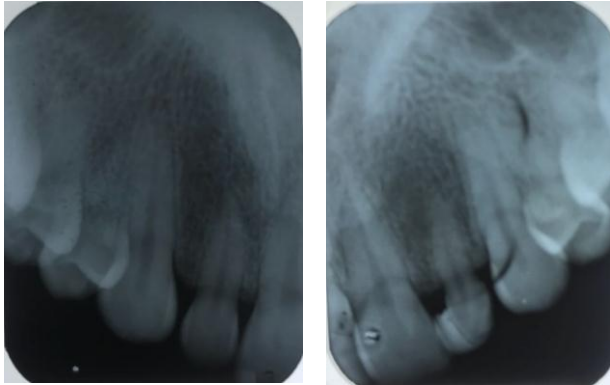
Figura 3 e 4 - Foto intra oral das unidades 12 e 22



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Ao exame radiográfico periapical foi observada a presença de incisivos laterais com microdontia, apresentando raízes com o comprimento menor que o normal (fig. 5 e 6). Na radiografia periapical da unidade 22 nota-se uma área radiopaca sugestivo de resina composta mal adaptada, comprovada clinicamente, causando dificuldades de higienização, acúmulo alimentar e consequentemente comprometendo a saúde periodontal. (fig. 5 e 6).

Figura 5 e 6 - Radiografia periapical da unidade 12 e 22.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Como plano de tratamento foi indicado cirurgia periodontal de acesso para ajuste do degrau na região mesio cervical da restauração que existia na unidade 22, para posterior processo restaurador indireto com faceta cerâmica na unidade 21 e coroa total na unidade 22, diante da quantidade de remanescente dentário existente.

Na cirurgia periodontal, após a anestesia tópica benzocaina 200mg/g (Benzotop, DFL -Rio de Janeiro-Brasil), foi anestesiado com lidocaína 2%, com adrelanilia 1:100.000, (ALPHACAINE 100, DFL- Rio de Janeiro-Brasil) o nervo alveolar superior anterior e o nasopalatino.

Em seguida realizado mini retalho de espessura total, incisionando as papilas mesial e distal com lamina de bisturi 15c (Carbon Steel - Sheffield , England) e descolando com descolador de molt

(Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) (Fig.7).

Figura 7 - Vista do degrau e inpackção alimentar unidade 22.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Utilizando a ponta diamantada 2200F (KG sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) em alta rotação removeu-se o excesso de resina composta da restauração iatrogênica (fig. 8).

Figura 8 - Remoção do degrau, visando a saúde periodontal.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Logo após, foi realizada a sutura do tipo ponto simples usando a agulha para sutura odontológica com fio de nylon 4.0 (Technew, Rio de Janeiro, Brasil) (fig. 9).

Figura 9 - Sutura



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Após 45 dias da cirurgia periodontal, tempo necessário para estabilização da margem gengival com cicatrização total do periodonto, diminuindo o risco de ressecção gengival após o procedimento restaurador, foram realizados os preparos coronários para as restaurações indiretas.

Na unidade 22 indicado a coroa total cerâmica, o preparo foi iniciado com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) visando delimitação da extensão cervical do preparo (fig. 10), após

proteção com banda matriz de aço n. 07 (TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil) das unidades 21 e 23 realizou-se a remoção do contato Interproximal com a ponta diamantada cônica fina 3203 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) e utilizou ponta diamantada 3097 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil) para fazer desgaste mínimo obedecendo a inclinações dentárias. Por fim, na palatina foi avaliado o espaço interoclusal já existente, e realizado o preparo com uso da ponta diamantada em forma de chama 3118 (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil), acompanhando o formato da concavidade palatina (fig.10).

Figura 10 - Preparo da unidade 22



. Fonte: Caso Clínico pesquisado

Em seguida foi realizado o preparo da unidade 12 seguido as

mesmas técnicas da unidade 22, apenas a etapa do preparo palatino na região interoclusal não foi necessária. (fig. 11).

Figura 11 - Preparo da unidade 12



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Nesta mesma consulta, foram confeccionados os provisórios com a técnica do dente de estoque, iniciando pela seleção da cor de acordo com o padrão do paciente, desgastando os dentes de estoque com ponta reta e broca *maxicut* (American Burrs, Palhoça, Santa Catarina-Brasil) e mantendo apenas a face vestibular do mesmo até adequado posicionamento do dente no preparo. O preparo foi isolado com vaselina e acrescentado resina acrílica na cor 60 (palaton dencril, São Paulo-Brasil) em pequenas porções com pincel pelo de marta (kolinsky skyline nº2, Alemanha) preenchendo toda as áreas adjacentes do preparo, verificando ao fim da presa da resina o contorno e fazendo os desgastes dos excessos com brocas

maxicut e minicut (American Burrs, Palhoça, Santa Catarina-Brasil) para adequada adaptação no preparo.

Também foram realizados os ajustes ocluais com papel carbono (Contacto Film, Angelus, Londrina-PR-Brasil) e pinça muller (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) acabamento e polimento com kit de borrachas (American Burrs, Palhoça, Santa Catarina-Brasil), cimentando as coroas provisórias com HidroC (Densply, Pirassununga, São Paulo, Brasil) e remoção dos excessos de cimento com fio dental e sonda exploradora (millennium – Golgran, Caetano do Sul, SP, Brasil).

Na sessão seguinte, os provisórios foram removidos e realizada a limpeza dos preparos com curetas de dentina (millennium – Golgran, Caetano do Sul, SP, Brasil) para remoção de todo cimento provisório. Na presença de saúde gengival e comprovado a espessura mínima necessária dos desgastes realizados através da avaliação da espessura dos provisórios com espessímetro protético Iwanson (millennium – Golgran, Caetano do Sul, SP, brasil), foi indicada a moldagem para confecção das restaurações definitivas.

Selecionado o tamanho adequado da moldeira metálica tipo verners S2 (Tecnodent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), foi realizado a moldagem com silicona de adição (Futura AD Nova DFL, Rio de Janeiro Brasil) usando a técnica do duplo fio para afastamento gengival.

Foi primeiramente inserido o fio 000 (ULTRAPAK, Indaiatuba São Paulo) embebido em solução hemostática (Hemostank, Ibiporã, PR-Brasil), colocado na base do sulco periodontal com espátula de inserção de fio 3079 (Millennium – Golgran, Caetano do Sul, SP, Brasil). O segundo fio utilizado foi o 00 (ULTRAPAK, Indaiatuba São Paulo) inserido no sulco gengival, de forma que metade do seu diâmetro permanecesse no interior do sulco e a outra metade permanecesse fora, para retrair lateralmente a margem gengival livre (fig. 12).

Figura 12 - Fios de afastamento gengival posicionados

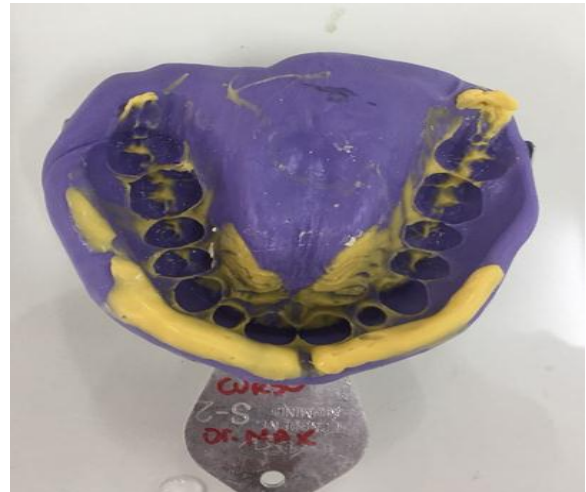


Fonte: Caso Clínico pesquisado

Para a moldagem do passo único, o fio retrator 00 (ULTRAPAK, Indaiatuba São Paulo) foi removido, e

em seguida carregado a silicona leve até o preparo com a pistola de moldagem universal express (3M, Campinas, São Paulo, Brasil) enquanto o pesado foi manipulado pelo auxiliar, levada à moldeira metálica e realizada a moldagem das unidades (fio 000 foi retirado na moldagem). Após o tempo de presa o molde foi removido em golpe único e avaliado com relação à copia do término cervical (fig.13).

Figura 13 - Moldagem com fio dos preparos das unidades 12 e 22.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Nesta consulta ainda, foi realizada a seleção de cor na escala vita 3D master (1M1/vitapan classical B1, Paraná, Brasil) (fig.14), recimentação dos provisórios, além da moldagem do antagonista com alginato (Jeltrate, Dentsply, Pirassununga, São Paulo, Brasil) e obtenção deste modelo em gesso pedra tipo III (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil).

Em seguida, foi enviado ao técnico de prótese dentária o molde superior em silicone de adição, o modelo do antagonista e a descrição da cor do substrato natural das unidades 12 e 22 como também a cor das unidades adjacentes. As fotos digitais também foram enviadas para facilitar a visualização dos detalhes relacionados à cor e caracterização da cerâmica (Fig.14).

Figura 14 - Seleção de cor



Fonte: Caso Clínico pesquisado

No laboratório de prótese o molde foi vasado com gesso especial tipo IV (Elite rock, Zhermack, moema, São Paulo, Brasil) para melhor precisão da obtenção do modelo. Sendo realizada a confecção da faceta e coroa total cerâmica em dissilitato de lítio (Emax press ivoclar vivadent, Baueri, São Paulo, Brasil) através da técnica de prensagem térmica.

Após 15 dias da moldagem, com as restaurações finalizadas pelo laboratório sobre o modelo de gesso (fig:15), foi então realizada a prova

seca com um explorador de ponta fina (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) checado se não apresenta *gap* e prova molhada com *try-In* (Allcem veneer ,FGM, transparente, Joinville, Santa Catarina, Brasil) que simula o cimento como uma avaliação estética. Também foram testados a oclusão e ponto de contato proximal com fio dental, antes da cimentação (fig.16 e 17).

Figura 15 - Cerâmicas finalizadas



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 16 - Checando ponto de contato proximal.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 17 - Checando oclusão



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Após aprovação estética da paciente, foi dado início a cimentação utilizando cimento resinoso convencional do tipo fotopolimerizável.

Primeiramente foi aplicado no interior da faceta e da coroa o condicionador de porcelana ácido fluorídrico a 10% (FGM, condac, Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 20 segundos (fig.18), removido com água e secando com ar da seringa tríplice. Em seguida foi aplicado ácido fosfórico 37% (FGM, condac, Joinville, Santa Catarina, Brasil) lavando, secando novamente e logo após foi aplicado o silano (Angelus, Londrina, Paraná, Brasil) por 1 minuto. Para então aplicar o adesivo (Ambar, Joenvile – Santa Catarina, Brasil) e fotopolimerizado (Dabi Atlante,D700, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil) por 15 segundos para cada restauração (fig. 19).

Figura 18 - Aplicação ácido fluorídrico 10%



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 19 - Aplicação do Silano por 1 minuto



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Realizado isolamento relativo, nas unidades dentárias foi aplicado ácido fosfórico 37% (FGM, condac, Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 15 segundos (fig.20), lavando e secando, para então aplicar adesivo (Ambar, Joenvile – Santa Catarina, Brasil) (fig.21) e fotopolimerizado (Dabi Atlante,D700, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil) por 15 segundos cada face nos dentes preparados.

Figura 20 - Aplicando ácido fosfórico 37% por 15 segundos



Fonte: Caso Clínico pesquisado

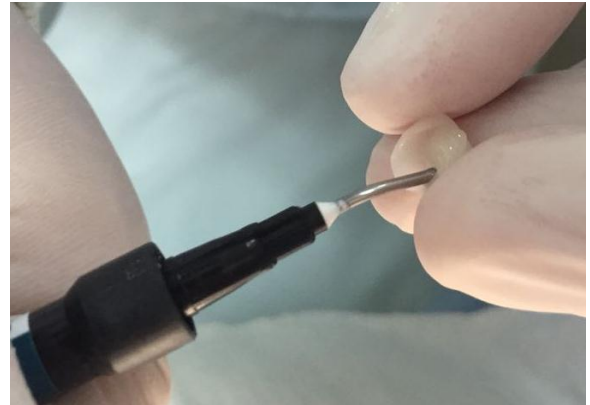
Figura 21 - Aplicando adesivo por 15 segundos



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Na cimentação utilizando o cimento resinoso fotoativado (Allcem veneer APS-FGM transparente, Joinville, Santa Catarina, Brasil) foi aplicado na faceta e coroa (fig. 22) e posicionado sobre os dentes preparados. Quando estavam adaptadas foi fotopolimerizado (Dabi Atlante, D700, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil) por 3 segundos para remover o excesso do cimento (fig. 23) por completo e novamente foi testado Na oclusão e ponto de contato e assim foi polimerizado por 3 minutos cada face (fig. 24).

Figura 22 - Aplicando na faceta cimento resinoso foto ativado



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 23 - Remoção do excesso do cimento após 3 segundos de polimerização



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 24 – Fotopolimerização



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Ao término da fotopolimerização tivemos o resultado final do trabalho, onde as restaurações nas unidades 12 e 22 formando a reanatomização dos dentes e harmonização do sorriso da paciente.(Fig. 25).

Figura 25 - Vista frontal do sorriso após cimentação.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

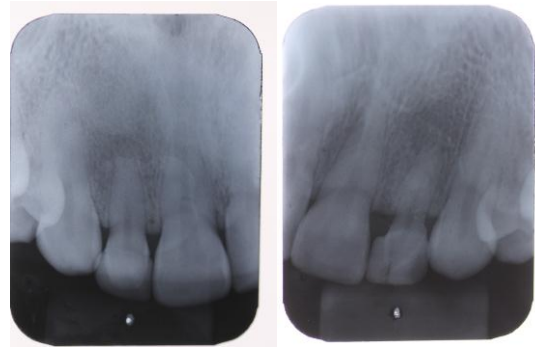
Foi realizado controle clínico e radiográfico um ano após cimentação, constatado saúde gengival e satisfação estética da paciente (fig. 26, 27, 28, 29),

Figura 26 - Vista frontal do sorriso após 1 ano



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 27 - Radiografias periapicais após 1 ano.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 28: vista lateral direito do sorriso.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

Figura 29: vista lateral esquerdo do sorriso.



Fonte: Caso Clínico pesquisado

DISCUSSÃO

No caso clínico apresentado neste artigo, a paciente apresentava incisivos laterais com microdontia, queixando-se da estética do sorriso.

A literatura apresenta que a microdontia pode ser causada por erros nos elementos ectodérmicos, mesodérmicos e da crista neural, que são a base para a formação da odontogênese e morfogênese, um erro durante esse processo pode ocasionar uma anomalia de tamanho e forma dos dentes (KAUR, 2016).

Essa alteração ocorre na morfogênese durante a fase de campânula e acredita-se que essas anomalias são ocasionadas devido a distúrbios genéticos podendo afetar um ou alguns dentes de forma uni ou bilateral, como também pode afetar todos os dentes, sendo mais comum em incisivo lateral superior direito, seguindo do incisivo lateral superior esquerdo, terceiro molar superior esquerdo e terceiro molar superior direito (ANDRADE, 2017).

O diagnóstico de microdontia nas unidades 12 e 22 deste caso clínico foi observado por apresentarem radiograficamente comprimento radicular maior que dentes decíduos e

a espessura do canal radicular ser amplo descaracterizando um dente decíduo ou conóide.

As cerâmicas têm sido consideradas material ideal para restaurações indiretas por suas propriedades físicas, biológicas e ópticas (LORENZONE et al; 2011). Essas propriedades permitem manter a cor da restauração ao longo do tempo, como também conferem resistência à abrasão, além de possibilitar grande estabilidade no ambiente oral, alta biocompatibilidade e aparência natural em termos de translucidez, luminosidade e fluorescência (SHIBAYAMA, 2016).

Dentre os diversos sistemas totalmente cerâmicos existentes, As cerâmicas reforçadas com cristais de dissilicato de lítio apresentam em sua estrutura matriz vítrea com os cristais dispersos de maneira intrelaçadas, dificultando a propagação de trincas no seu interior (MENESES, 2015). Considerando a afirmação acima e avaliação clínica onde tivemos como objetivo, estética, funcionalidade, durabilidade e resistência, foi indicado a cerâmica de dissilicato de lítio por atuar como bloqueadores de propagação de fendas quando a cerâmica é submetida a tensões de

tração aumentando a resistência do material, mantendo as características estéticas desejáveis (HENRIQUES et al; 2008).

Em relação aos compósitos resinosos, as cerâmicas odontológicas são materiais com melhores propriedades mecânicas e óticas, principalmente quando se discute estabilidade de cor, alta resistência ao desgaste, menor acúmulo de placa bacteriana, maior resistência mecânica a fratura e longevidade clínica (CARDOSO, 2011).

No caso clínico relatado, as unidades 12 e 22 apresentavam indicação à serem confeccionadas restaurações cerâmicas, devido a presença de restauração insatisfatória de resina composta por instabilidade de contorno além da formação de degrau, cooperando para o acúmulo de biofilme e agressão do periodonto, levando em consideração o estudo de CARDOSO, 2011, conduzindo a decisão de confecção de coroa total na unidade 22 e faceta na unidade 12 devido quantidade de remanecente existente, buscando também uma harmonização do sorriso.

Entre as várias opções de tratamento com finalidade estética, as facetas cerâmicas destacam-se pela possibilidade de proporcionar menor

desgaste de estruturas dentárias comparadas as coroas totais (MENEZES; 2015). Na unidade 22, a coroa clínica apresenta uma amplitude atrésica com uma restauração insatisfatória extensa, além de alteração de cor, contra-indicando a confecção de lente de contato. A coroa total cerâmica foi indicada considerando que a unidade 22 tinha uma perda de estrutura considerável precisando apenas de pequenos ajustes para confecção do preparo para coroa total cerâmica.

Já na unidade 12 levando em consideração clinicamente e radiograficamente a quantidade de estrutura dentaria, visando o menor desgaste e como consequência uma harmonização do sorriso, foi indicado uma faceta cerâmica por ser um preparo mais conservador preservando a estrutura palatina da unidade.

A seleção do agente cimentante neste caso é importante pois, os cimentos resinosos quimicamente ativados e de dupla ativação apresentam na sua composição amina terciária como ativador químico, que pode provocar alterações de cor com o tempo(ZAVANELLI,2017).

Concordando com os trabalhos citados utilizamos um cimento resinoso

convencional fotoativado (allcener veneer APS-FGM transparente) visando à estabilidade de cor após a ativação, já que estes não apresentam amina terciária.

Desta forma, para os sistemas totalmente cerâmicos vítreos, como o dissilicato de lítio utilizado neste caso clínico, quanto menor a espessura da restauração (COELHO-DE-SOUZA, 2012) maior será a influência que a cor do cimento resinoso exerce sobre a cor final da restauração cerâmica, portanto, devendo-se também selecionar a cor do cimento, sendo possível testá-la previamente à cimentação, com auxílio das pastas *try-in* (COELHO-DE-SOUZA, 2012). Já as cerâmicas que apresentam infraestrutura de zircônia e alumina não sofrem influência significativa da cor do cimento da cor do dente preparado devido sua composição que não é vítrea, apresentando menor translucidez (COELHO-DE-SOUZA, 2012).

Os cimentos ativados exclusivamente pela luz oferecem vantagens clínicas em relação aos outros cimentos por apresentarem maior tempo de trabalho, polimerização controlada pelo operador e estabilidade de cor do material. Entretanto, seu uso é limitado

às situações em que a espessura e a cor da restauração não afeta a capacidade de polimerização da luz ativadora, como no caso de cimentação de facetas estéticas e inlays com caixas rasas (PERGORADO, 2013) utilizamos cimento fotoativado, considerando que o desgaste nas unidades 12 e 22 foi mínimo e a cerâmica dissilicato de lítio ter maior translucidez buscando estabilidade de cor e durabilidade estética do trabalho.

Vale ressaltar que, se o protocolo de cimentação não for corretamente seguido, pode comprometer a longevidade do trabalho (LORENZONE et al; 2011), desta forma todas as etapas necessárias foram cuidadosamente executadas. Foi utilizado o ácido fosfórico 37% na estrutura do preparo para abertura do túbulos dentinários e após lavagem abundante e secagem com bolinha de algodão foi aplicado adesivo como de ligação da estrutura dentinária com o cimento. O ácido fluorídico 10% por 20 segundos foi aplicado no interior da peça com o objetivo de aumentar a adesão dos materiais resinosos. O silano é o agente que garante a adesão química dos componentes inorgânicos da cerâmica à porção orgânica do

cimento resinoso. Ele é um monômero no qual o silício está ligado ao radical orgânico reativo e a agrupamento monovalente hidrolisáveis (PEIXOTO, 2013)

É importante como todas as etapas do tratamento a manutenção periódica preventiva, tem como fator principal minimizar a necessidade de interações, evitando o ciclo de confecção/substituição (LIMA, 2013). Como também o controle posterior com fotos e radiografias para observar que o procedimento restaurador obteve sucesso com o decorrer do tempo, observar se houve alteração de cor, sobrecarga da estrutura óssea causando retração gengival, reabsorção óssea e radicular. Nesta fase é fundamental que seja verificado o risco do paciente com relação a carie, doença periodontal e controle de placas. Está indicado que a primeira consulta de avaliação seja em até 2 meses após a finalização do tratamento restaurador, o objetivo principal dessa primeira avaliação é para acompanhar a resposta dos tecidos ao tratamento e do autocuidado do paciente (OLIVEIRA et al, 2007).

Fatores biológicos, mecânicos e relacionados ao paciente governam a

longevidade das restaurações cerâmicas (MARTINS, 2010), porém muitos estudos de performance clínica de laminados cerâmicos mostram índices de falhas muito baixos, aproximadamente 5,6% depois de 12 anos, ou seja 94,4% é a probabilidade de sucesso após esse tempo, assim como a avaliação de cor e integridade marginal para a maioria das restaurações foram satisfatórias. Fraturas ocorridas antes desse tempo não estão ligadas ao material, e sim, à técnicas inapropriadas no processo de cimentação adesiva. Os laminados cerâmicos são associados com os mesmos riscos de perda por fratura em coroas metalocerâmicas e coroas totalmente cerâmicas instaladas em região anterior (FRADEANI, 2005).

Desta forma, diversos autores (FRADEANI, 2005; MARTINS, 2010; AMOROSO, 2012; GONZALEZ, 2012;). concordam que o sucesso e longevidade das restaurações cerâmicas estão diretamente ligadas a uma técnica detalhada com confecção e cimentação adequada, além do cuidado do paciente e profissional com a manutenção

CONCLUSÃO

Com o estudo do caso foi possível perceber que a estética é primordial para a auto estima do sujeito social, visto que cada um busca o belo e os dentes são importantes para a estética facial.

A indicação das restaurações indiretas em cerâmica proporcionaram um resultado estético de excelência. Recuperou-se a proporção dental, a

harmonia do sorriso e a saúde periodontal, eliminando a impactação alimentar. Dessa forma, devolveu-se o convívio social à paciente, que recuperou a autoestima.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.; P. **Patologia oral: Odontologia essencial**. São Paulo: Artes medicas 2016.

AMOROSO A. P., Schalch, M, V , Torcato, L. B. ; Pellizzer, E . P. , Mazaro, J . V. Q. ; Gennari , F . H. ; **Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações clínicas** . REV, BRAS. ODONTOL., UNESP. 2012 v.33, n.2, p.19-25.

ANDRADE, A. O. S.; INGRIDY, V. S.; VASCONCELOS, M. Gadelha.; VASCONCELOS, R. G.; **Cerâmicas odontológicas: classificação, propriedades e considerações clínicas**. SALUSVITA, Bauru, v. 36, n. 4. p 1129-1152, 2017

CARDOSO, P. C.; CARDOSO L. C.; DECURCIO R. A, MONTEIRO L. J. E.; **Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos**. Robrac.; v.20n.52: 88-93. 2011

CLAVIJO, V.; KABBACH, W.; **Restaurações Cerâmicas Parciais-Lentes de Contato e Fragmentos**. In: BARATIERI, Luiz Narciso; MONTEIRO JUNIOR, Sylvio.Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades. 2. ed. Florianópolis: Santos, Cap. 20. 2015

FERREIRA, T. M.; ANTUNES, A. N. G.; BARROS, V. M.; SANDER, H. H.; VASCONCELLOS, W. A.; VAZ, R. R.; **Efeito da solução de armazenamento da resistência de união entre cimentos resinoso e resina composta**. R.CROMG,Belo Horizonte,17,jul/dez...,2016.

FONSECA, A. J. V.; **laminados e coroas cerâmicas: aspectos determinantes para o uso clínico**, Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2017.

FRADEANI, M.; REDEMAGNI, M.; CORRADO, M.; **Porcelain Laminate Veneers: 6 to 12 – Year clinical Evaluation- A Retrospective Study**Int J of Peridontics Restorative Dentistry 2005.

GOMES, E. A.; ASSUNÇÃO, W. G; ROCHA, E. P.; SANTOS, P. H.;**Cerâmicas odontológicas: o estado atual**. Cerâmica 54 ,2008.

GONZALEZ, M. R.; RITTO, S. T.; LACERDA, R. A. S.; MONNERAT, H. R. S. A. S.; PINTO, B. D.; **Falhas em restaurações com facetas laminadas;uma revisão de literature de 20 anos.** REV, BRAS. ODONTOL., Rio de Janeiro, v.69,n.1,p.43-8,jan./jun.2012.

KAUR, P.; **Hypodontia, Microdontia and Tooth rotation: A rare clinical triad.**int Dent Rsearch.2016.

LIMA, P.; **Laminados cerâmicos minimamente invasivos: uma revisão de lentes de contato dentais.** Universidade federal do rio grande do sul, faculdade de odontologia, curso de graduação de odontologia, Porto Alegre, BR-RS,2013.

LORENZONE, F. C.; MENDONÇA, L. M.; COSTA, M. D.; NETO, L. A. O.; MARTINS, L. M.; PEGORARO, L. F.; **.Seleção Do Sistema Ceramico Na Reablição Estetica Anterior** .jornal of f brasilian dentistry,florianopolis,v8,n1.p.74-899jan./maio 2011.

MARTINS, L. M.; LORENZETE, F. C.; FARIAS, B. C.; LOPES, L. D. S. Lopes.; BONFANTE, G.; RUBO, J. H.; **Comportamento biomecânico das cerâmicas odontologicas: revisão.** Ceramic v.56 n. 338 São Paulo abril/junho 2010.

MENEZES, M. S.; CARVALHO, E. L. A.; SILVA, F. P.; REIS, G. R.; BORGES, M. G.; **Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos:** Relato de caso clínico, Rev Odontol Bras Central 2015.

MIYAJI, k. T.; **Resolução cosmética: importância da seleção da cor do cimento.** Faculdade de odontologia de Araçatuba, Universidade estadual paulista "julio de mesquita filho". 2017.

MOURA, R. B. B.; **Sistema cerâmico metal-free,revista** interdisciplinar,v. 8, n.1,Jan-Fev-Mar de 2015.

OLIVEIRA ,M. L .M.; **manutenção periódica preventiva em dentistica** in: CONCEIÇÃO, E. N . dentistica: saude e estetica. 2. Ed. Porto alegre :artmed. P.561-568. 2007.

OLIVEIRA, M. C.; VIEIRA, A. C.; BONFIM, C.; **Integração estética entre laminados cerâmicos e coroa total modificada na clínica restauradora.** Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • v. 27 n.1 p. 53-61 • jan.-jun. 2017.

PEIXOTO, F. L. M.; BATITUCCI, E.; DAROZ, C. B. S.; SAMPAIO, H. R.; SAMPAIO F. **tratamento térmico do silano para melhorar a cimentação adesiva de restaurações de cerâmicas odontológicas. Faculdade de odontologia da universidade do estado do Rio De Janeiro/UERJ, Boulevard 28/setembro/2013.**

PERGORADO, L. F.; VALLE, A. I.; ARAUJO, C. d. R. P.; BONFANTE, G.; CONTI, P. C. R.; **Prótese fixa: base para o planejamento em reabilitação oral-2.** Ed.- São Paulo: Artes medicas, C.12, p. 467, paragrafo 2. 2013

PINI, N. P.; 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 techniques. Dovepress Journal: Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, v. 4, n. 3, p. 9-16, 2012.**

ROSEMBLUN, M. A.; SCHULMAN, A.; **A review of all-ceramic restorations.** J Am Dental Assoc; v. 128 n.3. p.297307. 1997

ROSSATO, D. M.; SAADE, E. G.; SAAD, J. R. C.; NETO, S. T. P.; **Coroas Estética Anteriores em Ceramica Metal-free: Relato de Caso Clínico.** Universidade estadual Paulista – Araraquara – SP- Brasil. 20(05)5 2010.

SHIBAYAMA, R.; TIOSSI, R.; QUEIROZ, M.E; DALLAZEN, E. ; CAMPANER, M. ; **Reabilitação estética dos elementos anteriores utilizando o sistema IPS E.MAX.** VER, BRAS. ODONTO., Araçatuba, v. 37, n.2, p. 09-16, maio/agosto, 2016.

Zavanelli, A. C.; CAETANO, J. L.; SILVA, L. C.; ZAVANELLI R. A.; **Previsibilidade do tratamento estético com lentes de contato cerâmicas,** Arch Health Invest 6(12) 2017.

ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGENS/EXAMES

Eu Alceni Thomaz da Oliveira Monteiro portadora da C.I. nº 3082172-0 SSP/SE concordo em ceder os direitos aos alunos: Guilherme Henrique dos Santos Costa e Alisson Mathusa para que possam utilizar as imagens (ou substituir por exames) para a realização do trabalho que apresentaram no ESTÁGIO SUPERVISIONADO I, bem como para apresentação em congressos ou revistas com finalidades científicas.

Atesto e subscrevo,

Alceni Thomaz da Oliveira Monteiro

Nome completo

