



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ISABELA GARCIA TARDIVO

**RESTAURAÇÕES INDIRETAS
COM PREPAROS MINIMAMENTE INVASIVOS;
*UMA REVISÃO DE LITERATURA***

PIRACICABA
2016

ISABELA GARCIA TARDIVO

**RESTAURAÇÕES INDIRETAS
COM PREPAROS MINIMAMENTE INVASIVOS;
*UMA REVISÃO DE LITERATURA***

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo dos Santos Fernandes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA APRESENTADA PELA ALUNA ISABELA GARCIA TARDIVO, E ORIENTADA PELO DR. JOÃO PAULO DOS SANTOS FERNANDES.

PIRACICABA
2016

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

T173r Tardivo, Isabela Garcia, 1988-
Restaurações indiretas com preparos minimamente invasivos ; uma revisão de literatura / Isabela Garcia Tardivo. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: João Paulo dos Santos Fernandes.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Prótese dentária. 2. Estética dentária. 3. Cerâmica odontológica. I. Fernandes, João Paulo dos Santos, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Dental prosthesis

Esthetics, dental

Dental ceramics

Área de concentração: Prótese dentária

Titulação: Especialista

Data de entrega do trabalho definitivo: 03-03-2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Eliana Garcia, por estar sempre me acompanhando e me dando força e incentivo para continuar crescendo em minha profissão.

Dedico ao meu pai, José Augusto de Souza Tardivo por acreditar em mim e me dar oportunidade de continuar estudando e aprimorando meus conhecimentos.

Dedico ao meu noivo Rafael Araujo por me acompanhar na maior parte da minha formação e na totalidade da minha pós-graduação, sempre me incentivando e me ajudando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Piracicaba por me acolher tão bem desde a graduação.

Agradeço à minha mãe Eliana por estar sempre ao meu lado me apoiando e incentivando em todas as minhas escolhas.

Agradeço ao meu pai José Augusto por entender a necessidade e me apoiar a continuar estudando.

Agradeço ao meu noivo Rafael por me fazer entender o valor e a necessidade de continuar sempre estudando e trabalhando por uma odontologia de qualidade.

Agradeço o professor Frederico Andrade e Silva pelos seus ensinamentos teóricos e principalmente clínicos, passados sempre com simplicidade e excelência para seus alunos.

Agradeço o professor Wilkens Aurélio Buarque e Silva pela oportunidade de cursar esta especialização, por me ensinar o real valor e a beleza do tratamento reabilitador. Agradeço também pela amizade e por esses dois anos de convívio.

Agradeço o professor João Paulo dos Santos Fernandes, meu orientador e professor deste curso por todos os ensinamentos, principalmente clínicos, ensinados com paciência e dedicação. Agradeço também pela oportunidade de realização deste trabalho.

Agradeço a todos os professores deste curso, em especial o professor Guilherme da Gama Ramos pelo acompanhamento clínico e por toda a experiência passada.

Agradeço a protética Keila, do CETASE, por todo o trabalho desenvolvido e pela amizade.

Agradeço aos meus colegas de turma, Emílio Koji, Geraldo Klébis, Simone Valenga, Gustavo Corradini, Ricardo Justo e Carla Couto por esses dois anos de muita convivência e aprendizado, pelas ajudas na clínica e pelos momentos de amizade.

E por fim, agradeço a Piracicaba e todos meus amigos que aqui conheci, por ser essa cidade encantadora e acolhedora que há 9 anos considero minha segunda casa.

RESUMO

A procura por tratamentos estéticos tem aumentado significativamente. Desta forma, a odontologia tem evoluído para atender essa demanda, desenvolvendo técnicas de preparo com reduzido desgaste das estruturas dentais. Estas técnicas definem a odontologia minimamente invasiva, que visa a manutenção do esmalte dental para aumentar a efetividade dos sistemas adesivos e das últimas tecnologias em materiais dentários, sem deixar de lado a importância da função oclusal. O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura existente dos diversos tratamentos utilizando restaurações indiretas seguindo os princípios da odontologia minimamente invasiva.

Palavras chave: Prótese dentária. Estética dentária. Cerâmica.

ABSTRACT

The demand for aesthetic treatments has been increased significantly. For this reason, the dentistry has evolved to supply this demand by developing preparation techniques with reduced wear of dental structures. These techniques define the minimally invasive dentistry that aims to maintain the tooth enamel to increase the effectiveness of adhesive systems and the latest technology in dental materials, without neglecting the importance of occlusal function. The aim of this study was to review the literature of various treatments using indirect restorations following the principles of minimally invasive dentistry.

Key Words: Dental prosthesis. Esthetics dental. Ceramics.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PROPOSIÇÃO.....	10
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4	DISCUSSÃO	17
5	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a rotina do consultório odontológico vem mudando: os pacientes estão mais exigentes não só com a saúde e função mastigatórias, mas também com relação à estética. Desta forma, diversas técnicas e produtos vêm sendo desenvolvidos para garantir a previsibilidade de tratamento do ponto de vista estético, funcional com o intuito de promover a saúde oral.

A odontologia minimamente invasiva surgiu como uma nova concepção para restaurações dentárias, por meio de próteses usando técnicas com o mínimo de desgaste dental possível, preservando a dentina e também o esmalte. (Andrade, 2014).

Desta forma, os sistemas adesivos se tornam mais eficientes, possibilitando o restabelecimento estético e funcional mais conservador. Para qualquer tipo de reabilitação oral, incluindo a reabilitação estética, não se pode esquecer da importância dos princípios fundamentais de oclusão: devem ser reestabelecidos os guias em caninos e incisivos, a dimensão vertical de oclusão adequada e a Relação Centrica estabelecida. Desta maneira, o sistema estomatognático estará em equilíbrio, propiciando a longevidade do tratamento. (Silva, 1993).

Alguns fatores, como oclusão, presença de papila interdental e material de escolha são fundamentais para determinar o sucesso do tratamento, que devem ser levados em consideração durante o planejamento de cada caso. Para alcançar resultados previsíveis e satisfatórios ao paciente do ponto de vista funcional e estético, diversas técnicas foram testadas clinicamente. O objetivo desta revisão de literatura é pesquisar as técnicas protéticas restauradoras existentes, com o conceito dos preparos minimamente invasivos.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura existente dos diversos tratamentos utilizando restaurações indiretas seguindo os princípios da odontologia minimamente invasiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Kyrillos et al. (2014) afirmaram que antes do tratamento estético, deve-se restituir a saúde plena do sistema bucal, corrigir desvios de mordida, alterações musculares, dimensão vertical e adaptar a musculatura à conformação ideal de mordida.

Calgaro et al. (2014) preconizaram que a elaboração de um plano de tratamento deve-se iniciar com a anamnese, exame radiográfico completo, protocolo fotográfico, execução dos modelos iniciais em gesso. Os autores sugerem a execução do enceramento diagnóstico para a visualização do tratamento final, a fim de apresentar a expectativa de resultado ao paciente através de um ensaio restaurador provisório (*mock-up*).

Andrade et al. (2012) recomendaram a execução de um exame periodontal completo, e uma moldagem inicial com silicone de adição, para permitir a reprodução de vários modelos em gesso, montados em articulador semi-ajustável, com o intuito de se executar uma análise oclusal cuidadosa.

Bacherini e Fradeani (2015) afirmaram que o plano de tratamento deve levar em consideração todo o sistema estomatognático. Este deve estar em equilíbrio, uma vez que qualquer alteração pode causar danos na articulação temporomandibular, músculos ou dentes. O guia incisivo é considerado um dos fatores mais importantes para a manutenção deste equilíbrio, visto que sua ausência pode desencadear interferências oclusais nos dentes posteriores durante os movimentos excursivos, gerando atividade anormal da musculatura. Os autores consideram o equilíbrio do sistema estomatognático como a chave para a longevidade do tratamento reabilitador.

Andrade et al. (2012) afirmaram que o guia em canino é importante não só para estética, mas também para manter a função e determinar a desocclusão durante os movimentos excursivos e é crucial para preservar a qualidade a longo prazo de qualquer tratamento restaurador da dentição anterior.

Firmando a importância do planejamento minucioso de cada caso, Silva (1993) afirmou que é de fundamental importância fazer um exame diagnóstico prévio

da oclusão do paciente, com o objetivo de detectar possíveis interferências oclusais. Na ausência deste procedimento, pode ocorrer o acréscimo de fatores desencadeantes lesivos à oclusão habitual do paciente e nestes casos, a manifestação pode levar à degeneração do sistema estomatognático.

Fradeani et al. (2005) sugeriram que os hábitos parafuncionais podem diminuir significativamente o sucesso dos tratamentos e a presença deles constituem uma contraindicação para as restaurações adesivas, conforme foi observado em casos clínicos com acompanhamento de cinco anos.

Magne et al. (1999) concluíram que o sucesso de tratamentos com laminados cerâmicos é reduzido para 60% em pacientes com parafunções, porém este fator pode ser melhorado se a parafunção for controlada.

Adolfi (2009) apresentou os parâmetros que devem ser seguidos antes de iniciar o tratamento restaurador com o princípio de preparos minimamente invasivos. Os tratamentos devem ser planejados com os modelos montados em articulador semi-ajustável, com o intuito de se determinar os contatos oclusais, a dimensão vertical de oclusão e o plano oclusal, assim como o guia canino e os contatos interproximais, que devem permanecer justos. O restabelecimento do guia incisivo também é necessário para estabilizar as áreas de abrasão frequentemente encontradas em caninos naturais.

Para se obter resultados estéticos satisfatórios a presença de papila interdental é fundamental. Tarnow et al. (1992) afirmaram que a presença ou não de papila interdental está relacionada com a distância do ponto de contato com a crista do osso alveolar, sendo que, de acordo com seu estudo, quase cem por cento dos casos, em que essa distância foi de três a cinco milímetros, a papila interdental esteve presente; quando foi de seis milímetros, metade dos casos tiveram a papila interdental presente e nos casos em que a distância foi entre sete a dez milímetros, a maioria apresentou-se sem papila.

Andrade (2012) descreveu que o material de escolha para reabilitações estéticas deve ser a cerâmica, por apresentar baixo índice de acúmulo de placa, permitir a estabilidade e harmonia dos tecidos moles e sugere o tratamento interno

da peça de cerâmica com condicionamento ácido com ácido fluorídrico, seguido da silanização para melhorar a adesão com o tecido dental.

Fradeani (1999) afirmou que a cerâmica é o material de escolha para o tratamento restaurador estético, pois apresenta biocompatibilidade, resistência à abrasão, translucidez apropriada e estabilidade de cor e forma.

Andrade et al. (2014) afirmou que a cerâmica de escolha é a reforçada por dissilicato de lítio, que apresenta características ópticas semelhantes ao dente e pode ser confeccionada em pequenas espessuras. Esta cerâmica é susceptível ao condicionamento ácido da superfície interna da peça com ácido fluorídrico, seguido de aplicação de silano, que aumenta a área de retenção mecânica. Desta forma, este tipo de cerâmica permite preparos minimamente invasivos com maior preservação da estrutura dental. Além disso, segundo Gilson (2007), o dissilicato de lítio apresenta a capacidade de suportar cargas de até 1200N.

Kyriillos et al. (2014) recomendaram que se execute o clareamento dental externo, com o objetivo de se remover pigmentos extrínsecos dos dentes e chegar à coloração natural. Essa etapa é essencial, já que a porcelana é translúcida e, em um processo de mimetismo, ela assume as variações de cores e tonalidades do substrato dental.

Nahsan et al. (2012) descreveu o dente natural como policromático, tornando a reprodução das cores no dente artificial de cerâmica uma etapa complexa do tratamento. A seleção de cor deve ser feita a partir do dente limpo e úmido com auxílio de uma escala de cor para cerâmica.

Andrade et al. (2014) afirmaram que as restaurações indiretas minimamente invasivas preconizam a preservação da estrutura dental, visando manter as margens em esmalte, para garantir a maior efetividade do sistema adesivo e a longevidade clínica.

Andrade et al. (2011) sugeriram que, em caso de exposição dentinária, deve-se fazer o selamento imediato da dentina, o qual consiste na aplicação de um adesivo resinoso sobre a dentina que vai selar esse tecido, reduzindo a chance de

sensibilidade pós-operatória. Tal procedimento deve ser feito antes do preparo e da moldagem dental e somente nas áreas de dentina exposta.

Cardoso et al. (2011) descreveram a técnica do ensaio restaurador provisório (*mock-up*), como uma simulação do resultado final do tratamento. Esta técnica consiste em realizar uma moldagem com silicone de adição do enceramento diagnóstico para formar um guia, que deve ser preenchido com resina fluida bis-acrílica e posicionada na arcada dentária sobre os dentes que serão submetidos ao tratamento. Após a polimerização da resina, segue-se com o acabamento com pontas abrasivas de granulação fina. Ao final deste procedimento, o paciente tem condições de visualizar a nova forma dos dentes e o dentista tem condições de analisar a estética e o comportamento mecânico das restaurações na boca.

Souza et al. (2012) descreveram a técnica de moldagem em passo único com silicone de adição e com afastamento gengival com fio retrator, que deve ter o calibre determinado a partir de uma sondagem periodontal. Outra técnica utilizada para moldagem dos preparos é a técnica de casquetes de moldagem, que consiste em uma moldagem utilizando moldeiras individuais para cada preparo, confeccionadas com resina autopolimerizável. Esta técnica é considerada a mais confortável ao paciente pois dispensa a anestesia e a colocação do fio retrator; apresenta modelos de trabalho mais precisos, e é a técnica que causa menor recessão gengival permanente e menores danos teciduais, porque o epitélio juncional e a inserção conjuntiva não são lesados (Mezzomo apud Pádua, 1998).

Para uma boa moldagem, que é o passo crucial para adaptação das peças e estabilidade a longo prazo, o término dos preparos deve estar localizado na região supra gengival ou no limite gengival (Groten, 2007).

Segundo Andrade et al. (2010) uma das técnicas desenvolvidas para as reabilitações estéticas é a dos laminados cerâmicos, que consistem em finas laminas cerâmicas (0,1 a 0,7mm de espessura) cimentados sobre o dente com mínimo ou nenhum desgaste (Cardoso et al. 2011), os quais são indicados em casos de pequenas alterações de cor, má-formação no esmalte dental, desgaste dentário e fratura dental. Os laminados cerâmicos apresentam resultado estético

muito favorável, biocompatibilidade, resistência à abrasão, translucidez, estabilidade dimensional e baixa retenção de placa.

Os mesmos autores afirmaram que a diferença entre os laminados cerâmicos e as coroas totais convencionais é a mínima quantidade de desgaste realizado no dente, o que permite a cimentação da peça no esmalte dental, aumentando a longevidade clínica do tratamento. O preparo deve ser realizado de acordo com o espaço necessário para o assentamento da peça planejada, somente para permitir um eixo de inserção. De acordo com os resultados do estudo realizado por Souza et al. (2012), os laminados cerâmicos estão associados com o mesmo risco de fratura das coroas metalo cerâmicas colocadas na região anterior.

Outra técnica utilizada para reabilitações estéticas, seguindo os princípios da odontologia minimamente invasiva é a coroa total com preparo mínimo, que preconiza o desgaste mais conservador possível que oferece maior longevidade clínica. Schlichting (2009) descreveu o preparo para coroa total como a transformação da forma anatômica dental para uma forma mais geométrica, respeitando os princípios biológicos, mecânicos e estéticos, e recomendou a espessura mínima de cerâmica de um milímetro para a região cervical e de 1,2 milímetros para o restante do preparo em dentes anteriores.

Segundo Kina apud Andrade (2011), para dentes tratados endodonticamente, a escolha por coroas totais convencionais continua sendo a melhor opção, pois estas não apresentam grande quantidade de esmalte e necessitam dos princípios de retenção mecânica para maior longevidade. Para esses casos, o uso da cerâmica reforçada com dissilicato de lítio continua sendo a melhor indicação. Porém, em casos de grande alteração de cor, deve-se utilizar um *copping* de zircônia para bloquear a diferença de coloração.

A cimentação das peças é um passo crítico para o sucesso do tratamento e deve seguir um protocolo para minimizar as chances de insucesso.

Gilson (2007) descreveu a técnica de cimentação com cimento resinoso que deve iniciar com o isolamento absoluto do campo operatório, como o objetivo de afastar os fluidos bucais que interferem na adesão, podendo causar micro infiltrações e sensibilidade. Segue-se com o condicionamento com ácido fluorídrico a

10% da parte interna da peça protética por vinte segundos, seguidos de lavagem, secagem e depois a silanização. No dente, deve ser realizado o condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37%, lavagem, secagem e aplicação do adesivo de escolha. O cimento resinoso deve ser aplicado na peça, e esta deve ser levada em posição. Os excessos grosseiros devem ser removidos antes da foto ativação, que deve ser feita de acordo com a indicação do fabricante. É importante aguardar alguns minutos para o relaxamento da musculatura do paciente, para depois checar e ajustar os contatos oclusais e realizar o acabamento e polimento.

4 DISCUSSÃO

Com base na literatura apresentada, é unanimidade entre os autores a necessidade de um planejamento individual, que deve iniciar com uma anamnese detalhada, avaliação radiográfica, moldagem inicial com silicone de adição e montagem dos modelos em articulador semi-ajustável. Deve-se obter fotografias intra e extra bucais para permitir a análise detalhada dos parâmetros estéticos faciais pelo cirurgião-dentista para orientar o trabalho protético, que irá facilitar a criação do formato e tamanho dos dentes harmonizando com as características individuais.

Com os modelos iniciais montados em articulador semi-ajustável, a primeira coisa a ser avaliada deve ser a condição oclusal inicial do paciente, visto que para haver equilíbrio do sistema estomagnático, os princípios oclusais devem ser respeitados. Silva (1993) definiu a necessidade da anatomia dos dentes estar coordenada com os movimentos condilares durante o processo de mastigação.

O guia incisivo é um fator importante para evitar a formação de áreas de abrasão encontradas em caninos naturais. Além disso, o guia incisivo também chamado de guia anterior, deve estar sempre presente pois ele determina um padrão de desocclusão durante movimentos excursivos conforme descreveu Adolphi (2009). Caso ele não esteja presente, pode haver o desenvolvimento do processo de reabsorção óssea da articulação temporomandibular, pois o côndilo impacta diretamente sobre o disco e sobre a eminência articular, visto que esta guia determina o curso do côndilo, podendo gerar ruído articular. Andrade (2012) afirmou que o guia canino tem relação com a longevidade do tratamento. Isso deve-se ao fato de que o guia canino determina o lado de trabalho, que é definido como o lado que a mandíbula se movimenta, e o lado de balanço, que é definido como o lado oposto do movimento mandibular. Dessa forma é determinado um padrão de desocclusão, no qual durante os movimentos de lateralidade somente os caninos superiores e inferiores do lado de trabalho devem estar em contato, e os dentes posteriores e os incisivos devem estar em desocclusão. Este padrão é denominado de oclusão mutuamente protegida.

O planejamento deve ser feito com os modelos montados em articulador semi-ajustável com o intuito de se avaliar os contatos oclusais, a dimensão vertical de oclusão e o plano oclusal. Os contatos interoclusais são os principais responsáveis pela transmissão de forças, que mantém a estabilidade dos dentes nas arcadas e o sincronismo dos movimentos mandibulares conforme Adolphi (2009). A dimensão vertical de oclusão, segundo Antunes (2000), deve ser considerada não somente pela posição dentária, mas também pela posição em que os músculos elevadores e abaixadores da mandíbula se encontram no estado de equilíbrio.

Estabelecida a necessidade reabilitadora do paciente pelo clínico, o protético deve realizar o enceramento diagnóstico baseando-se nas informações colhidas durante a anamnese e nos princípios oclusais determinados pelo cirurgião-dentista. Sempre que possível, o ensaio restaurador provisório (*mock-up*), deve ser realizado, para que o paciente possa ter ideia de como ficará o tratamento final e para o cirurgião-dentista ter condições de avaliar na boca se o planejamento está de acordo com as necessidades funcionais e estéticas do paciente. Nesta fase pode-se executar ajustes, para o estabelecimento dos guias caninos e incisivo.

O equilíbrio entre a estética branca (estética dental) e vermelha (estética gengival) deve ser alcançado para garantir resultados estéticos harmônicos, principalmente em reabilitações anteriores. Tarnow (1992) mostrou que para atingir o equilíbrio estético e conseguir manter a papila interdental, deve-se obter uma distância de três a cinco milímetros entre o ponto de contato e a crista do osso alveolar. Caso isso não seja possível, deve-se indicar pequenas cirurgias periodontais corretivas que permitem uma harmonização entre dentes e tecidos gengivais, trazendo equilíbrio adequado entre lábio, gengiva e perfil fácil, segundo Pinto (2013).

O material de escolha nas técnicas de reabilitação no conceito da odontologia minimamente invasiva é um ponto comum em vários estudos: Fradeani (1999) e Andrade (2012, 2014). A cerâmica enriquecida com dissilicato de lítio apresenta grande capacidade de mimetização de cores e texturas dentais, que devem ser avaliadas e registradas da forma mais fiel aos dentes adjacentes, utilizando escalas e principalmente fotografias, para que o protético tenha condições

de atingir o resultado esperado; além de alta resistência às cargas mastigatórias, baixo acúmulo de placa dental gerando estabilidade dos tecidos de suporte.

A cerâmica enriquecida com dissilicato de lítio possui grande adesão ao esmalte dentário, porém a estrutura de esmalte dental deve ser tratada com ácido fosfórico a 37% e aplicação de ácido fluorídrico a 10% para a superfície da cerâmica, com o objetivo de promover micro porosidades para permitir o escoamento do cimento (retenção mecânica), seguido de silanização, que faz a ligação química da cerâmica com o cimento resinoso.

Quanto ao planejamento, as restaurações indiretas minimamente invasivas devem preservar ao máximo a estrutura dental conforme Andrade (2014), mantendo quando for possível, o esmalte dental; pois a efetividade de adesão dos sistemas adesivos para cimentação das peças é maior em esmalte.

Para o preparo, os autores concordam que o desgaste dental deve ser o menor possível, seguindo o formato dos dentes. Deve, porém, permitir um eixo de inserção para a entrada das peças de forma passiva, visto que a cerâmica é um material rígido e friável e nestes casos de pequena espessura, não aceita tensões e as fraturas são frequentes.

A cimentação deve ser feita com cimento resinoso, utilizando a técnica do isolamento absoluto para não causar micro infiltrações (Gilson, 2007). Como as peças são translúcidas e a cor do substrato interfere no resultado final, pode-se testar a cor do cimento antes da cimentação definitiva para não haver mudança no resultado planejado, com as pastas *try-in* (pastas teste, que simulam a cor do cimento definitivo, as quais são feitas a simulação da cimentação da peça no dente para o clínico e o paciente checarem o resultado final (Andrade et al., 2012), presente em algumas marcas comerciais.

5 CONCLUSÃO

- As restaurações protéticas, seguindo os princípios da odontologia minimamente invasivas são de grande indicação para os dias de hoje, visto que a estética tem se tornado realidade no dia-a-dia do clínico.
- Os princípios da técnica restauradora e os princípios oclusais devem ser respeitados de forma criteriosa para garantir o sucesso e longevidade do tratamento.
- A cerâmica de eleição é a cerâmica enriquecida com dissilicato de lítio, pois esta, além de apresentar características estéticas favoráveis, melhor controle laboratorial e resistência, apresenta excelente capacidade adesiva ao substrato dental em esmalte, quando condicionada com ácido fluorídrico, seguido de silanização.

REFERÊNCIAS*

Adolfi D. Functional, esthetic, and morphologic adjustment procedures for anterior teeth. *Quintessence Dent Technol.* 2009;32:153-68.

Andrade OS, Borges GA, Stefani A, Fujiy F, Battistella P. A step-by-step ultraconservative esthetic rehabilitation using lithium disilicate ceramic. *Quintessence Dent Technol.* 2010;33:114-31.

Andrade OS, Kina S, Hirata R. Concepts for an ultraconservative approach to indirect anterior restorations. *Quintessence Dent Technol.* 2011;34:103-19.

Andrade O, Romanini JC, Hirata R. Ultimate ceramic veneers: a laboratory-guided ultraconservative preparation concept for maximum enamel preservation. *Quintessence Dent Technol.* 2012;35:29-42.

Andrade OS, Rodrigues M, Hirata R, Ferreira LA. Adhesive oral rehabilitation: Maximizing Treatment Options with minimally invasive indirect restorations. *Quintessence Dent Technol.* 2014;37:71-93

Antunes RP, Matsumoto W, Orsi IA, Tunes FSM. Restabelecimento da dimensão vertical: relato de caso clínico. *Rev Bras Odontol.* 2000;57(3):151-4.

Bacherini L, Fradeani M. Minimally Invasive Prosthetic Procedures (MIPP): Classification and Clinical Cases. *Quintessence Dent Technol.* 2015; 38:17-36.

Calgaro M, Clavijo V, Goulart R, Clavijo W. Considerations for determining the most appropriate ceramic veneering technique. *Quintessence Dent Technol.* 2014;37:125-41.

Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro L Jr. Restabelecimento Estético Funcional com laminados cerâmicos. *Rev Odontol Bras.* 2011;20(52):88-93.

*De acordo com as normas de citação estabelecidas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Fradeani M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain Laminate Veneers: 6- to 12- year clinical evaluation – A retrospective study. *Int J Periodont Restorative Dent.* 2005;25(1):9-17.

Gilson JGR, Brum SC, Oliveira RS, Goyatá FR. Restauração indireta do tipo onlay em impressões 2 – relato de caso clínico. *Int J Dent.* 2007;6(2):67-70.

Kyrillos M, Moreira M, Calicchio L. *A Arquitetura do sorriso.* São Paulo: Quintessence; 2014.

Nahsan FPS, Mondelli RFL, Fanco EB, Naufel FS, Ueda JK, Schmitt VL, et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(2):151-6.

Schlichting LH, Schlichting KK, Machry L, Kano P, Baratieri LN. Ceramic Restorations in anterior dentition: A solution for discolored endodontically treated teeth. *Quintessence Dent Technol.* 2009;32:179-94.

Silva FA. *Pontes parciais fixas e o sistema estomatognático.* São Paulo: Santos; 1993.

Souza GFB, Silva DGRP, Marson FC, Lolli LF, Silva CO, Bertholdo E. Desempenho clínico de laminados cerâmicos. *Rev Clín.* 2013;9(1):86-99.

Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol.* 1992;63(12):995-6.