

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

RENATA BOHRY DE SOUZA

**ESTÉTICA CONTEMPORÂNEA NA FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO
ORTODÔNTICO.**

**BELÉM
2018**

2018

**ESTÉTICA CONTEMPORÂNEA NA FINALIZAÇÃO DO
TRATAMENTO ORTODÔNTICO.**

RENATA BOHRY DE SOUZA

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

RENATA BOHRY DE SOUZA

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato senso* da Faculdade de Sete Lagoas, FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. Ms. César Benedito Vieira.

**BELÉM
2018**

Souza, Renata Bohry

Título: Estética contemporânea na finalização do tratamento ortodôntico. — 2017.

49 fs.;

Orientador: Ms. César Benedito Vieira.

Monografia (especialização) — FACSETE, 2017.

1. Finalização Ortodôntica. 2. Discrepância de tamanho.
3. Laminados cerâmicos. 4. Estabilidade.

I. Título.

II. César Benedito Vieira.

FACSETE

Monografia intitulada “**ESTÉTICA CONTEMPORÂNEA NA FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.**”, de autoria da aluna **RENATA BOHRY DE SOUZA**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Ms. César Benedito Vieira – FACSETE – Orientador

Prof. (a)-FACSETE-Examinador

Prof. Dr. Marcio A. Raiol dos Santos – UFPA- Examinador

Belém, de de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico

Ao meu **marido, Leandro Santiago**

Ao meu **pai, Renato Viégas**

À minha **mãe, Iracilda Bohry**

Aos meus **irmãos Welton e Raissa**

Ao meu **amado sobrinho Bernardo**

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tem abençoado minha vida me concedendo muitas oportunidades e por conduzir minha vida guiando cada passo para que eu pudesse chegar a realização de mais este projeto.

Aos meus pais, Renato e Iracilda, que nunca mediram esforços para que eu me tornasse uma pessoa realizada e sempre me mostraram a importância de ser forte e nunca desistir dos meus sonhos. Vocês são meu alicerce.

Aos meus irmãos Welton e Raissa pelo apoio emocional que sempre me deram em toda a minha vida.

Ao meu amado marido Leandro, que esteve comigo durante o curso, sempre me dando bons conselhos e me ajudando no que fosse preciso. Pelo companheirismo, atenção e amor. Você é fundamental na minha vida.

Ao meu orientador, prof. César por compartilhar tanto conhecimento durante essa caminhada. Agradeço pela orientação e confiança. Seus ensinamentos já fazem parte da minha vida pessoal e profissional. Obrigada por tudo!

A todos os professores, que contribuíram para a minha formação acadêmica e me ajudaram para que esse sonho se realizasse.

A todos os pacientes, que confiaram e se entregaram aos meus cuidados nas clínicas odontológicas da faculdade. Obrigada, vocês foram essenciais na minha formação acadêmica.

Obrigada a todos!

“Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.”

(Isaac Newton)

RESUMO

O paciente que chega ao consultório odontológico hoje, vem em busca de um tratamento ortodôntico que traga um resultado final próximo a excelência, com dentes perfeitamente alinhados e brancos. Neste contexto, ao final do tratamento ortodôntico uma fase de finalização estética deve ser envolvida. A integração entre ortodontia e outras especialidades estéticas se destaca pelas várias possibilidades de tratamento associadas, corroborando com a satisfação do paciente através de uma oclusão mais estável, funcional e estética. O presente trabalho tem o objetivo de demonstrar teoricamente as principais indicações e contraindicações do uso de laminados cerâmicos na finalização ortodôntica, baseado na revisão de literatura relatando casos de discrepância de tamanho de dentes, má formações dentárias e diastemas, onde foram empregadas a integração das especialidades devolvendo forma, função e auxiliando na finalização e estabilidade dos casos, concluindo-se que os laminados cerâmicos representam boa alternativa no tratamento de dentes anteriores após a finalização ortodôntica.

Palavras-chave: 1.Finalização Ortodôntica; 2.Discrepância de tamanho; 3.Laminados cerâmicos; 4.Estabilidade.

ABSTRACT

The patient who arrives at the dental office today, comes in search of an orthodontic treatment that brings a final result close to excellence, with perfectly aligned teeth and white. In this context, at the end of the orthodontic treatment a phase of aesthetic finalization must be involved. The integration between orthodontics and other aesthetic specialties is highlighted by the various possibilities of associated treatment, corroborating with the satisfaction of the patient through a more stable, functional and aesthetic occlusion. The aim of this study was to demonstrate the main indications and contraindications for the use of ceramic laminates in orthodontic finalization, based on the literature review, reporting cases of tooth size discrepancy, diastema, and class II malocclusion where they were used. The integration of the specialties returning form, function and assisting in the finalization and stability of the cases.

Keywords: 1. Palavras-chave: 1.Finalização Ortodôntica; 2.Discrepância de tamanho; 3.Laminados cerâmicos; 4.Estabilidade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Dr. Charles Pincus	Pag. 16
Figura 2 Aspecto inicial da macrodontia	Pag. 19
Figura 3 Vista oclusal da arcada superior	Pag. 27
Figura 4 Vista lateral direita e esquerda em oclusão	Pag. 20
Figura 5 Rx periapical e panorâmico	Pag. 20
Figura 6 Macrodontia de dente 21 durante tratamento ortodôntico	Pag. 20
Figura 7 Cirurgia para reduzir o diâmetro da região cervical	Pag. 21
Figura 8 Após concluída a nova ortodontia para melhor distribuição de espaço para confecção dos laminados cerâmicos	Pag. 21
Figura 9 Vista lateral direita e esquerda após clareamento e cimentação dos laminados cerâmicos	Pag. 21
Figura 10 Antes 31.07.2006 e depois 30.11. 2010	Pag. 21
Figura 11 Efeito paralax (ilusão de óptica)	Pag. 23
Figura 12 A)Vista lateral B)Vista frontal C)Ausência de exposição dos incisivos superiores D)Sorriso	Pag. 27
Figura 13 Vistas intrabucais onde nota-se mordida aberta anterior, biprotusão, relação de topo a topo dos caninos (A e D) Diastemas inferiores	Pag. 28
Figura 14 Vista lateral mostra um perfil harmonioso, mesmo com um pequeno aumento da altura facial anteroinferior	Pag. 29
Figura 15 A, B, C – Elásticos de Classe II curtos, consoante ao padrão da técnica SSW para a correção da mordida aberta anterior	Pag. 30
Figura 16 A B C – Ao final da correção da mordida aberta, foram usados elásticos de intercuspidação para ajustar as guias de desoclusão dos caninos	Pag. 30
Figura 17 A, B – Guias de Desoclusão dos Caninos	Pag. 31
Figura 18 Guias em movimento direito e esquerdo com levante anterior da mordida, suficiente para o tratamento protético sem interferências	Pag. 31
Figura 19 Fotografias extrabucais finais após o tratamento ortodôntico. Note que já há alguma exposição dos incisivos superiores, e os inferiores estão menos expostos	Pag. 32
Figura 20 Imagem mostrando os dentes 21, 22 e 23, preparados para restaurações de laminados cerâmicos em comparação aos dentes intactos 11, 12 e 13	Pag. 33

Figura 21 Vista vestibular no modelo mestre do preparo no dente 11	Pag. 33
Figura 22 Imagens mostrando a espessura vestibular de uma das restaurações cerâmicas	Pag. 34
Figura 23 Imagens mostrando a vista palatal das restaurações cerâmicas	Pag. 34
Figura 24 Vista vestibular e lingual dos laminados cerâmicos no modelo mestre	Pag. 34
Figura 25 Vista lateral do espaço disponível para as restaurações cerâmicas	Pag. 35
Figura 26 Preparos dentários nos dentes 42, 41 e 31 antes da tomada de moldagem	Pag. 35
Figura 27 Vista lingual depois do acabamento e polimento	Pag. 35
Figura 28 Vistas vestibulares e linguais após o acabamento e polimento dos preparos e os laminados cerâmicos inferiores no modelo mestre	Pag. 36
Figura 29 (A e B) Vistas Oclusais superior e inferior depois do tratamento ortodôntico e antes do tratamento protético	Pag. 37
Figura 30 (A C e D) Vistas Oclusais superior e inferior e fotos intrabucais finais depois do tratamento ortodôntico e protético	Pag. 38
Figura 31 (A e B) Vistas incisais antes e após o tratamento	Pag. 39
Figura 32 (A, B e C) Diastemas inferiores antes do tratamento. Incisivos superiores antes do tratamento	Pag. 40
Figura 33 D, E) Incisivos inferiores após o tratamento ortodôntico. F, G) Após a habilitação protética. H) Aspecto final dos incisivos superiores depois do tratamento	Pag. 41
Figura 34 Exposição dos incisivos superiores: A) antes do tratamento, B) após o tratamento ortodôntico, C) após a reabilitação protética. Nota-se aproximadamente 3mm de exposição do incisivo superior	Pag. 41
Figura 35 Sorriso antes do tratamento e ao final de cada etapa	Pag. 42

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	Pag. 12
2- PROPOSIÇÃO	Pag. 13
3- REVISÃO DE LITERATURA	Pag. 15
3.1. HISTÓRICO	Pag. 16
3.2. ALTERAÇÕES DE COR	Pag. 17
3.3. ALTERAÇÕES DE NÚMERO	Pag. 18
3.4. ALTERAÇÕES DE FORMA	Pag. 18
3.5. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	Pag. 22
3.6. DIASTEMAS	Pag. 22
3.7. INDICAÇÕES DOS LAMINADOS CERÂMICOS	Pag. 25
3.8. CONTRA-INDICAÇÕES DOS LAMINADOS CERÂMICOS	Pag. 26
3.9. CASO CLÍNICO	Pag. 26
4- DISCUSSÃO	Pag. 43
5- CONCLUSÃO	Pag. 45
6-REFERÊNCIAS	Pag. 46
ANEXOS	Pag. 50

1- INTRODUÇÃO

A finalização ortodôntica consiste no estágio do tratamento em que pequenas alterações serão corrigidas de forma a aproximar-se o máximo possível de uma oclusão normal que proporcione saúde, função, estabilidade e estética.

Um sorriso harmonioso tem grande influência na estética facial, podendo afetar a autoestima do paciente e até seu comportamento diante da sociedade. Problemas estéticos relacionados a cor e ao formato do dente causam desconforto psicológico e introversão no paciente (SCHENKEL, *et al.*, 2004 apud GUINDANI, 2012).

As seis chaves de uma oclusão ideal são: relação molar, angulação da coroa, torque, curva de spee, rotações e espaços interproximais, tais chaves devem ser alcançadas para que haja oclusão, estética e função ao final do tratamento. Porém, para que seja realizado um tratamento eficiente em um paciente que procura a Ortodontia com objetivos estéticos, muitas vezes é necessário o envolvimento de outras especialidades (GUINDANI, 2012).

A Ortodontia entra, muitas vezes, como primeira conduta, pois tem como objetivo devolver a oclusão funcional adequada, estabelecer um tratamento estável dentro dos limites da fisiologia e a obtenção da harmonia estética dentária e facial (ARNETT, *et al.*, 1999).

A busca de fundamentos básicos para a obtenção de um sorriso harmonioso inclui a simetria entre os dentes, boa curvatura incisal, limite do contorno gengival, localização das ameias e ausência de alterações de cor, forma, tamanho e posição dos dentes. Tais características são primordiais do ponto de vista estético (KOKICH, 2006).

A obtenção de sorrisos estéticos é um valor buscado pelo profissional para satisfazer a expectativa do paciente e pode ocorrer através do uso de materiais cerâmicos modernos capazes de reproduzir perfeitamente esmalte e a dentina, são as lentes de contato dentais (GUINDANI, 2012).

Kokich (2006) enfatizou a importância da associação entre as especialidades odontológicas no planejamento do tratamento ortodôntico, tendo em vista os avanços tecnológicos dos materiais dentários, esclarecendo que nem sempre o paciente precisa estar com uma oclusão de Classe I na etapa final da Ortodontia. É realizado um

planejamento multidisciplinar começando pelo especialista em ortodontia e o tratamento é finalizado por um especialista da área de estética.

2 – PROPOSIÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa teórica de cunho bibliográfico, construída por meio de revisão de literatura, tem por objetivo: demonstrar a associação dos tratamentos ortodôntico e restaurador com o uso dos laminados cerâmicos e suas principais indicações e contraindicações na finalização do tratamento ortodôntico.

.3 - REVISÃO DE LITERATURA

Na busca da obtenção de um sorriso com proporções equilibradas e que tenha harmonia, são utilizadas medidas numéricas como a proporção áurea. Mas é importante a integração das especialidades para que seja alcançada a excelência com um sorriso que além de funcional seja estético (GUINDANI, 2012).

Muitas vezes os dentes anteriores apresentam variações estruturais ou anatômicas que interferem na estética. Nestes casos a Ortodontia corrige a posição dos dentes e a prótese ou a dentística realiza o ajuste estético (BARATIERI, 2002).

Estudos de Sarver (2007) descreveram que durante muitas décadas o planejamento ortodôntico era focado principalmente na obtenção de oclusão normal nos molares e caninos com sobremordida e sobressaliência ideais e que é preciso fazer uma análise dentofacial estendida para se alcançar as necessidades estéticas específicas dos pacientes.

A estreita relação entre o bem estar social e a aparência agradável associada à evolução dos materiais e técnicas restauradoras, possibilita aos pacientes o conhecimento das possibilidades de resolução de seus problemas, isso aumenta de forma significativa a procura por esses tratamentos (HUNGERFORD, 2000).

Após revisar algumas técnicas de finalização estética pós tratamento ortodôntico verificou-se que dependendo do diastema, além do tratamento ortodôntico complementa-se o fechamento dos espaços com materiais restauradores, e em alterações onde há o comprometimento do esmalte na região anterior, o dente é recoberto com facetas de porcelana. A escolha do tratamento irá depender do período e do custo (STANGANELLI et al., 2000).

Estudos de Heymann et al., (1985) apontaram que grande número de pacientes que apresentam espaços interdentais anteriores poderiam ser tratados combinando-se terapia ortodôntica e restauradora e que a interação dessas duas disciplinas deve ser enfatizada no diagnóstico e no tratamento clínico.

Spear et al., (2006) escreveram sobre a importância de uma primeira análise com ênfase na estética durante o planejamento do tratamento ortodôntico, depois é avaliada a função e a estrutura sistematicamente, mas de maneira multidisciplinar.

Morais et al., (2006) realizaram um planejamento seguindo em sequência as etapas de alinhar, fechar espaços, corrigir a relação molar e finalmente a etapa de

finalização. Essa última fase deve ser estratégica, buscando uma finalização que apresente estabilidade, função e estética.

O ortodontista precisa estar atento na hora de identificar problemas que estejam causando desconforto aos pacientes. Cada caso será tratado individualmente, respeitando-se as limitações e as necessidades de cada um. Para uma abordagem completa, torna-se necessário definir padrões estéticos relacionados à estética bucal e facial. Portanto descreveremos os aspectos relacionados ao sorriso e sua importância no diagnóstico e planejamento restaurador ortodôntico seguido do estético (SARVER, 2007).

3.1- HISTÓRICO

Historicamente, a porcelana é um dos materiais restauradores dentários que evoluíram mais rápido cientificamente e também tecnologicamente. Na década de 1770, o Dr. Charles Henry Land documentou a aplicação da porcelana em um dente onde não foi realizado preparo. Outro dentista chamado Dr. Charles Leland Pincus, ligado ao mundo cinematográfico de Hollywood, realizava facetas provisórias de porcelana recobrando temporariamente os dentes comprometidos esteticamente com uma fina lâmina de cerâmica que ficava unida ao dente provisoriamente. Devido as limitadas técnicas de adesão da época (pó fixador de próteses removíveis), os materiais e tecnologia disponíveis permitiam que as facetas fossem utilizadas apenas durante o filme ou em eventos curtos (BARATIERI,2002).



Figura 1 – Dr. Charles Pincus
Fonte: (ANUSAVICE, K.J, 2004).

O forno elétrico foi criado em 1894, e em 1898 foi criada a porcelana de baixa fusão, com essas duas invenções começam a produção de coroas de

cerâmica sobre platina, mas foi em 1903 que as cerâmicas começaram a sofrer fusão em temperaturas altas, então a porcelana surge de maneira definitiva como opção de reabilitação na odontologia (NOORTR, 2004).

Em 1955 foi descoberto por Buonocore o condicionamento do esmalte através do uso do ácido fosfórico, dando início a "era da adesão". Começaram a partir daí estudos para a utilização das facetas de porcelana pura para uma reabilitação estética unindo porcelana e superfície dental de maneira definitiva através de uma adesão micromecânica (RADZ GM. 2011).

Em 1965 Mc Lean produz a porcelana feldspática com reforço de óxido de alumínio. Na década de 80 começou-se a fazer o condicionamento da porcelana com ácido fluorídrico e a silanização, isso aumentou a adesão da cerâmica com o cimento resinoso, dando maior popularidade a este material. Neste momento ela foi muito utilizada como uma opção restauradora estética

Com a ampla tecnologia existente hoje na produção de cerâmicas e ao surgimento de fornos de queima potentes, as porcelanas dentárias possuem excelentes qualidades físicas e mecânicas, copiando fielmente os elementos dentários, sendo, portanto, a melhor opção estética na reabilitação. Hoje são produzidas peças muito finas variando de 0,2 a 0,5mm, são as lentes de contato dentais e tem grande durabilidade, não causam dano ao periodonto, trazendo satisfação ao paciente (CRAIG RG, 2004).

Existe ainda o CAD/ CAM, tornando a fabricação das lentes de contato mais rápida e com aparência idêntica ao dente, reduzindo custos de produção e padronizando o processo de fabricação, existe uma tendência a automatizar o processo manual da fabricação das lentes de contato dentais (RADZ GM. 2011).

3.2- ALTERAÇÕES DE COR

Alterações de cores interferem negativamente na harmonia estética do sorriso mesmo que os dentes anteriores estejam alinhados e nivelados, causando introspecção e desconforto. O escurecimento dental é considerado a anomalia estética mais rápida e imediatamente percebida. Pode estar associado a desgastes e ao decréscimo de esmalte causado pela idade, uso contínuo de pasta de dente abrasiva associada a uma escovação inadequada e dieta (café, vinhos tintos, fumo, etc). Como causas sistêmicas temos a ingestão de medicamentos a base de

tetraciclina, excesso de ingestão de flúor durante a fase de desenvolvimento do esmalte, deficiência nutricional (vit. C, D e fósforo), doenças exantomáticas (sarampo, varicela, escarlatina), hipocalcemia e eritroblastose fetal (BARATIERI, 2002).

Existem ainda as causas endodônticas como acúmulo de sangue e/ou material obturador na câmara pulpar (GOLDSTEIN, 2004).

A porcelana se destaca pela estética quanto à estabilidade da cor e a translucidez (MORAIS, 2006).

3.3. ALTERAÇÕES DE NÚMERO

As variações do número de dentes são comuns na dentição permanente. Vários são os termos empregados. A hipodontia é a falta de desenvolvimento de um ou mais dentes, não é rara na dentição permanente, com terceiros molares sendo os dentes mais comumente afetados, seguido pelos segundo pré-molares e incisivos laterais. A hipodontia está relacionada com a microdontia e ocorre mais no gênero feminino. A hiperdontia de um único dente ocorre mais frequentemente na dentição permanente, sendo aproximadamente 90% presente na maxila, com predomínio da região anterior, na região dos incisivos, já a hiperdontia de múltiplos dentes ocorre mais na mandíbula, na região dos pré-molares e a oligodontia (subdivisão da hipodontia) é a falta de desenvolvimento de seis ou mais dentes. Todos esses fatores podem interferir na estética do sorriso, sendo necessária uma abordagem ortodôntica previamente à confecção de laminados cerâmicos, a fim de reestabelecer a oclusão funcional adequada. (NEVILLE, 1995).

3.4. ALTERAÇÕES DE FORMA

A presença de dentes pequenos denomina-se microdontia e essa característica tem como fator principal a hereditariedade, embora as influências ambientais e genéticas também afetem o tamanho dos dentes, essa alteração está associada à hipodontia, com prevalência no gênero feminino (TEIXEIRA et al., 2003).

Shafer et al., (1987) descreveram que a microdontia isolada em uma dentição normal é bem comum, afetando geralmente o incisivo lateral superior, resultando a

forma conóide deste dente. Já a existência de dentes maiores do que a média chama-se macrodontia, causada por fatores hereditários e ambientais. O dentista deve estar atento para não confundi-la com casos de alterações de desenvolvimento em relação à forma dos dentes, como fusão e geminação. A macrodontia em um único dente é incomum e sua etiologia é desconhecida. O dente apresenta-se normal em todos os sentidos, menos no tamanho.

O termo “lentes de contato” ou restaurações cerâmicas com mínimo preparo define um tipo de laminado cerâmico delgado acrescentado ao dente com o objetivo de modificar ou devolver sua forma original, podendo ser confeccionadas sem nenhum desgaste ou com mínimo desgaste do esmalte (BURSTONE et al., 2003).

Pires (2014), descreveu o tratamento de um caso de macrodontia onde a desarmonia oclusal e o grande desconforto estético foi solucionado com tratamento ortodôntico para o estabelecimento de uma oclusão adequada. Uma primeira fase de alinhamento e nivelamento foi realizada, seguida de redução cervical cirúrgica com diminuição do diâmetro méso-distal do dente, uma nova fase ortodôntica para distribuição de espaços ideais na região anterior e o tratamento foi finalizado com clareamento dental e lente de contato dental.



Figura 2 - Aspecto inicial da Macrodontia.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 3 – Vista oclusal da arcada superior, onde se verifica a grande desarmonia oclusal principalmente na região anterior.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 4 - Vista lateral Direita e Esquerda em oclusão.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 5 – Raio X periapical e panorâmico.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 6 – Macrodoncia do dente 21 durante tratamento ortodôntico.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 7 – Cirurgia para reduzir o diâmetro da região cervical.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 8 – Após concluída a nova Ortodontia que foi necessária para melhor distribuição de espaço para confecção dos laminados cerâmicos.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 9 – Vista lateral direita e esquerda após clareamento e cimentação dos laminados cerâmicos.
Fonte: (PIRES, 2014).



Figura 10 – Antes 31-07-2006 e Depois 30/11/2010.
Fonte: (PIRES, 2014).

3.5. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS

A amelogênese imperfeita é uma alteração de desenvolvimento nas estruturas do esmalte, manifestando-se clinicamente de várias formas. Nas alterações hipoplásicas o esmalte é delgado, brilhante, liso e duro, apresentando depressões em formas de ponto ou linhas espalhados na superfície dental podendo apresentar-se pigmentadas ou não. Observa-se ainda coroas em forma de preparo, pontos de contato abertos e ausência total de esmalte (agenesia de esmalte). As alterações hipomaturadas e hipocalcificadas apresentam-se de forma semelhante: um esmalte pigmentado branco-marrom-amarelada e mole que tende a soltar da dentina. (YAMAOKA et. al., 1995).

As lentes de contato dentais são muito indicadas em casos de dentes anteriores com más formações que alterem o esmalte em sua cor e forma (SOARES, 2011).

O profissional precisa estar atento ao prognóstico do tratamento quando o paciente apresenta más formações dentárias, avaliando a necessidade da associação de diferentes especialidades para que o tratamento seja finalizado satisfatoriamente quanto à função e também a estética (SOUZA, 2012).

3.6. DIASTEMAS

O diastema é o espaço entre os dentes ou a ausência de contato entre dois ou mais dentes consecutivos. As causas incluem crescimento e desenvolvimento anormais das bases ósseas, discrepância do tamanho dentário, trespasse vertical excessivo dos incisivos inferiores sobre os superiores, angulação mesiodistal e vestibulolingual incorreta dos incisivos, freio labial superior hipertrófico e/ou com inserção baixa, entre outros. Ocorre principalmente entre os incisivos centrais superiores, mas pode aparecer em qualquer região da arcada dentária (TANAKA et al., 2005)

O reposicionamento dos dentes no sentido méso-distal é o maior objetivo nos tratamentos de diastemas e o fechamento pode ser feito de três formas: com auxílio da Ortodontia, com preenchimento de materiais restauradores diretos (resina composta) ou indiretos (facetas de porcelana, coroas protéticas), ou ambos (Ortodontia e Cosmética). A escolha do tratamento vai depender de cada caso,

existem situações que mesmo sendo um pequeno espaço, o paciente só aceita o tratamento ortodôntico, no entanto, em alguns casos, os espaços entre os dentes são muito grandes e/ou existe discrepância de tamanho entre os dentes superiores e inferiores (discrepância de Bolton) havendo a necessidade da integração entre as especialidades (CÂMARA et al., 2004).

Câmara et al., (2006) descreveram que a Ortodontia seria a responsável pela distribuição e diminuição dos espaços e a Dentística pelo fechamento completo com material restaurador. O tratamento ortodôntico deve distribuir os diastemas de forma que os maiores espaços fiquem sempre para distal dos dentes. Assim, tira-se proveito do efeito paralax (apesar de termos dois objetos do mesmo tamanho, o que está mais próximo aparenta ser maior, apesar de serem iguais).

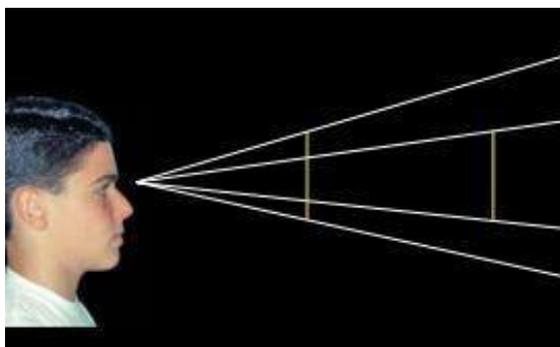


Figura 11 - Efeito paralax (Ilusão de óptica).
Fonte:(CÂMARA, 2006)

Sempre que for possível, o ideal é que os dentes que necessitam de preparo cosmético sejam manipulados antes do tratamento ortodôntico. Isto facilita o reposicionamento dos dentes, pois o tamanho final de cada dente será alcançado antes deles serem movimentados e o seu posicionamento será o definitivo ao final do tratamento ortodôntico (CÂMARA, 2006).

A Ortodontia muitas vezes é indicada para realizar pequenos movimentos em dentes anteriores que serão reanatomizados devido a comprometimentos estéticos onde é necessário o recobrimento com facetas de porcelana (MONDELLI, 2002).

Na literatura científica são encontradas diversas definições para laminados cerâmicos “muito finos”: “*thin veneers*” (laminados finos) e “*partial veneers*” (fragmentos cerâmicos), sendo chamadas como sinônimo de lentes de contato. A maior diferença entre lentes de contato e fragmentos cerâmicos é que estes últimos são frações ou pedaços de cerâmica que envolve apenas parte do

dente, deixando uma linha de cimentação na vestibular, já as lentes cobrem a face vestibular total do dente (BURSTONE, et al., 2003).

Callegari, A. et al.; (2014) descreveram que o ponto em comum é que estas restaurações cerâmicas são extremamente delgadas, atingindo espessuras que podem chegar a 0,1mm, isto é, o mínimo necessário para uma restauração ser realizada. O termo “lente de contato” define as restaurações nas quais não existe a necessidade de desgaste dentário, exceto pequenas retificações de irregularidades de superfície, ângulos agudos e alterações anatômicas, fornecendo formas geométricas de retenção e estabilidade, o que é chamado de desgaste dentário específico”. Os fragmentos cerâmicos, mesmo necessitando de preparo proximal, podem ser tão finos quanto uma lente de contato.

De acordo com Brea et al., (2011), a técnica do laminado cerâmico pode ser coadjuvante ou mesmo uma alternativa ao tratamento ortodôntico. O processo é denominado “*Restorative space management*” (RSM), ou seja, gestão do espaço através da restauração, que consiste na remoção estratégica de estrutura dental com a subsequente aplicação de restauração. Além de corrigir o posicionamento dos dentes, traz consigo outros benefícios como o aperfeiçoamento da forma, tamanho e cor dos dentes, o tratamento de lesões cariosas e a troca de restaurações insatisfatórias.

As restaurações cerâmicas com mínimo preparo dental são indicadas em casos onde a estrutura/ posição dental permita acréscimo de material: aumento da borda incisal, aumento de volume vestibular, fechamento de diastemas, abfrações e retrações gengivais até restaurações oclusais para aumento de dimensão vertical, desde que não modifiquem ou criem um sobrecontorno e a principal característica de uma cerâmica adesiva é a possibilidade de condicionamento e silanização da parte interna da estrutura antes da cimentação (DUARTE, et al., 2010).

Os laminados cerâmicos constituem excelente opção como finalização estética após tratamento ortodôntico por ser um material altamente estético e conservador (MASSING, GHIGGI & CALIXTO, 2012).

Os laminados cerâmicos apresentam boa indicação quando se trata de modificação de forma, cor, textura de superfícies e até mesmo alinhamento dos dentes, além de apresentarem maior resistência quando comparadas às resinas compostas e trazerem poucas alterações adversas ao periodonto por serem menos susceptíveis ao acúmulo de placa bacteriana (FREITAS, 2011).

Além dessas indicações esse material possui a vantagem de ser biocompatível, ter alta resistência adesiva e elevada longevidade clínica. O sucesso clínico das facetas cerâmicas é justificada pela capacidade de reproduzir a aparência dos dentes naturais e apresentar comportamento biomecânico e óptico similar ao do esmalte dental (SOARES, 2012).

Esse sucesso clínico se confirma com alguns estudos clínicos que analisaram as facetas cerâmicas durante um período de 2 a 12 anos, onde foram observados os aspectos de incidência a fratura, integridade marginal, retenção, reposta periodontal e estética, constatando as taxas de sucesso de 93% a 100%, afirmando ainda mais a ideia de que facetas cerâmicas são restaurações estéticas, duráveis e confiáveis (GUIMARÃES e BARATIERI, 2008).

O sucesso do tratamento e a longevidade clínica envolvendo esse tipo de restauração depende basicamente do tipo de cerâmica, preparo e desgaste, quando necessário, restrito ao esmalte, cuidados nos procedimentos de união (adesão) e análise prévia do padrão oclusal (LAYTON, D.M., *et al.*, 2012).

Optar pela tecnologia adesiva permite a preservação máxima dos tecidos, o que também contribui para a absoluta satisfação dos pacientes. Para discussão compreensível das indicações das facetas cerâmicas e coroas totais na odontologia atual, deve-se incluir um contexto sobre considerações biológicas, mecânicas, estéticas e funcionais (MAGNE P., *et al.*, 2000).

3.7. INDICAÇÕES DOS LAMINADOS CERÂMICOS

- Fechamento de Diastemas (DITOLLA, M., 2005);
- Correção de pequenos desalinhamentos e rotações de dentes anteriores (STRASSLER, H., 2007);

- Restaurações de dentes fraturados (DITOLLA, M., 2005);
- Disfarçam restaurações existentes, por exemplo CI III, IV e V (STRASSLER, H., 2007);
- Pequena mudanças de cor (STRASSLER, H., 2007);
- Mantêm a cor e o brilho (DITOLLA, M., 2005)

3.8 CONTRA-INDICAÇÕES DOS LAMINADOS CERÂMICOS

- Em largos diastemas, a quantidade de cerâmica não suportada deve ser cuidadosamente avaliada (CHO, G.L., et al., 1996);
- Dentes severamente descolorados ou com manchas negras (JAVAHERI, D., 2007);
- Esmalte remanescente insuficiente para assegurar retenção adequada (CHO, G.L., et al., 1996);
- Pacientes com bruxismo ou descargas oclusais (DITOLLA, M., 2005);

Ao realizar reabilitação total é necessário o envolvimento de mais de uma especialidade odontológica. A Ortodontia realiza os movimentos dentários para que posteriormente a prótese consiga realizar preparos conservadores que preservem dentina e esmalte (RODRIGUES, 2014)

3.9. CASO CLÍNICO

Será descrito tratamento em um paciente adulto com mordida aberta anterior onde foi realizado o tratamento ortodôntico seguido de uma etapa estética com a instalação das lentes de contato dentais (RODRIGUES, 2014).

Diagnóstico

Paciente com 56 anos, gênero masculino apresentou uma má oclusão de Cl II com mordida aberta anterior, os caninos com mordida em topo e atresia na arcada superior (Fig. 12)

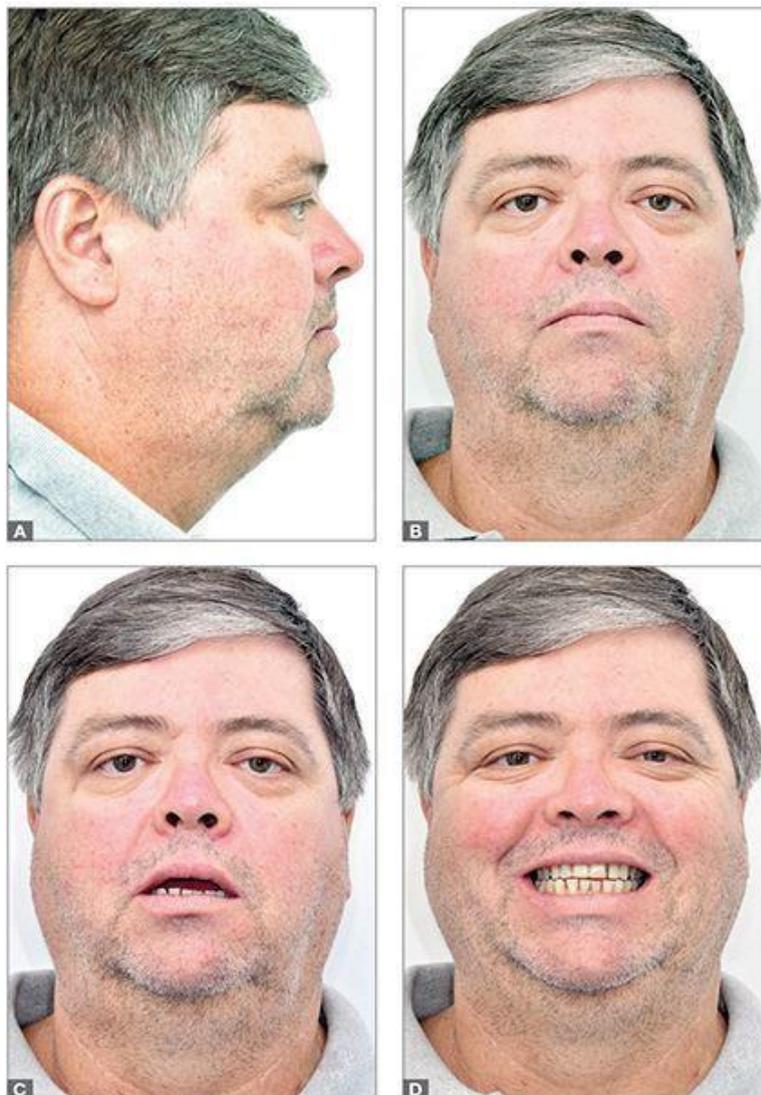


Figura 12 - A) Vista lateral. B) Vista frontal. C) Ausência de exposição dos incisivos superiores. D) Sorriso

FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Os incisivos inferiores estavam protruídos, com diastemas na região dos incisivos laterais (Fig. 13)



Figura 13 – Vistas intrabucais, onde nota-se a mordida aberta anterior, com biprotrusão e relação de topo a topo dos caninos. (A a D). G) Diastemas inferiores.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Havia desvio de linha média e ausência de guia incisal devido à falta de contato entre os incisivos superiores e inferiores. Após a análise facial observou-se falta de exposição dos incisivos superiores e excesso de exposição dos inferiores com selamento labial passivo.

Em vista frontal, no sorriso, os incisivos inferiores apareciam muito devido o arco do sorriso estar reto.

Em vista lateral, perfil harmonioso, relação entre maxila e mandíbula favorável e altura facial anteroinferior (AFAI) moderadamente aumentada (RODRIGUES, 2014).

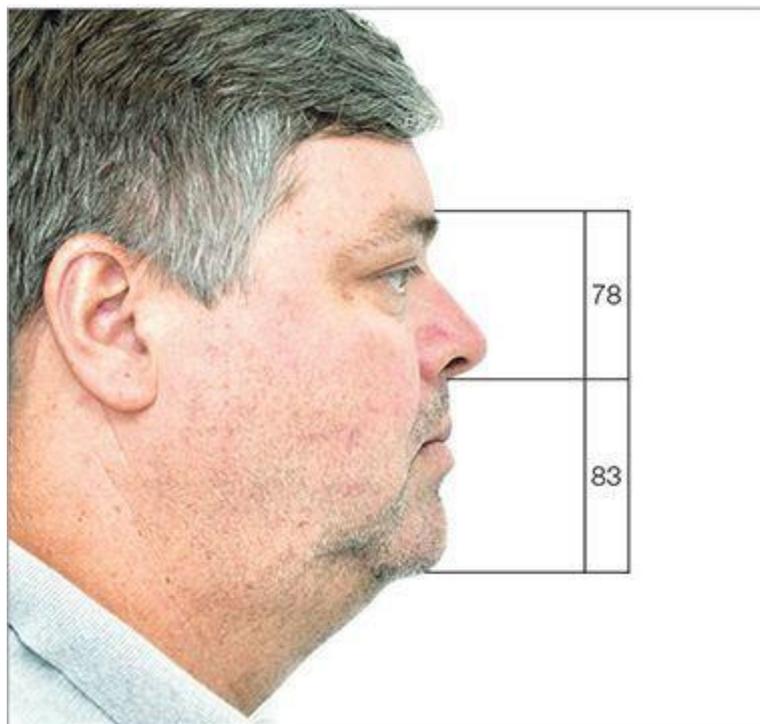


Figura 14 - Vista lateral mostra um perfil harmonioso, mesmo com pequeno aumento da altura facial anteroinferior.

FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Plano de Tratamento

Objetivos: correção da má oclusão de CI II recuperando as guias de incisivos e caninos e fechando a mordida aberta através do alinhamento e nivelamento. Já no arco 0,016 de aço, a linha média foi corrigida e os diastemas fechados através da mecânica SSW (Straight-Wire Simplificada), onde também foi realizado o fechamento da mordida aberta anterior com o uso de elásticos de CI II curtos (70g), posicionados na distal dos incisivos laterais superiores até o braquete dos primeiros pré-molares inferiores. Esses elásticos foram usados até a normalização para CI I (Fig. 15 A, B, C e 16 A, B, C) (RODRIGUES, 2014).



Figura 15 A, B, C – Elásticos de Classe II curtos, consoante ao padrão da técnica SSW (Straight-Wire Simplificada) para a correção da mordida aberta anterior.
 FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 16 A B C – Ao final da correção da mordida aberta, foram usados elásticos de intercuspidação para ajustar as guias de desocclusão dos caninos.
 FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Checagem das guias de desoclusão dos caninos, antes da remoção do aparelho (Fig. 17 A, B)



Figura 17 A, B – Guias de Desoclusão dos Caninos
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Aspecto final após 20 meses de tratamento (Fig. 18)



Figura 18 – Guias em movimento direito e esquerdo com levante anterior da mordida, suficiente para o tratamento protético sem interferências.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

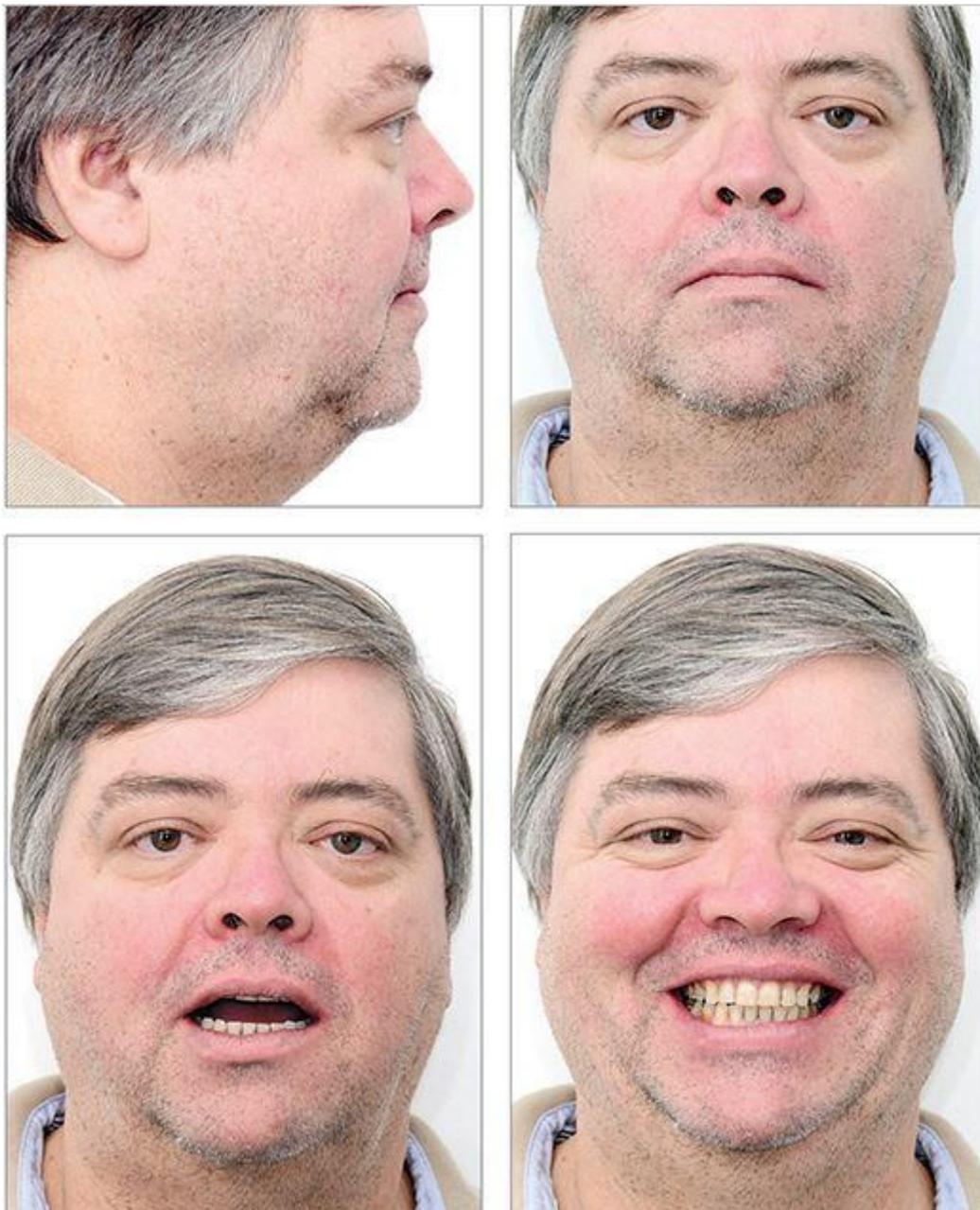


Figura 19– Fotografias extrabucais finais após o tratamento ortodôntico. Note que já há alguma exposição dos incisivos superiores, e os inferiores estão menos expostos
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

Reabilitação Bucal Adesiva

Atualmente as lentes de contato dentais tem sido indicadas para tratamento de casos clínicos onde haja indicação de recobrimento dos dentes com mínimo ou até mesmo sem preparo (MAGNE P., et al., 2000). No caso clínico descrito, a finalização ortodôntica deixou os incisivos em guia incisal quase de topo, para que fosse

finalizado com o aumento incisal desses dentes com as lentes de contato dentais, expondo mais os incisivos em relação ao lábio inferior (RODRIGUES, 2014).

Para que fosse mantida a guia canina e a dimensão vertical de oclusão obtidas no tratamento ortodôntico, foi preparado primeiro o lado direito superior e inferior, na sessão seguinte, o lado esquerdo. Todos os preparos foram a nível de esmalte, e foram colocados provisórios em todos os dentes, de posterior para então reabilitar os anteriores (RODRIGUES, 2014).

Na figura 20 podemos comparar o preparo para as lentes de contato com os dentes sem preparo, sendo possível observar que o preparo fica na margem gengival, não causando dano ao periodonto, conforme observado nos modelos (Fig. 20, 21, 22) (RODRIGUES, 2014).



Figura 20 – Imagem mostrando os dentes 21, 22 e 23, preparados para restaurações de laminados cerâmicos em comparação aos dentes intactos 11, 12 e 13.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 21 – Vista vestibular no modelo mestre do preparo no dente 11.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

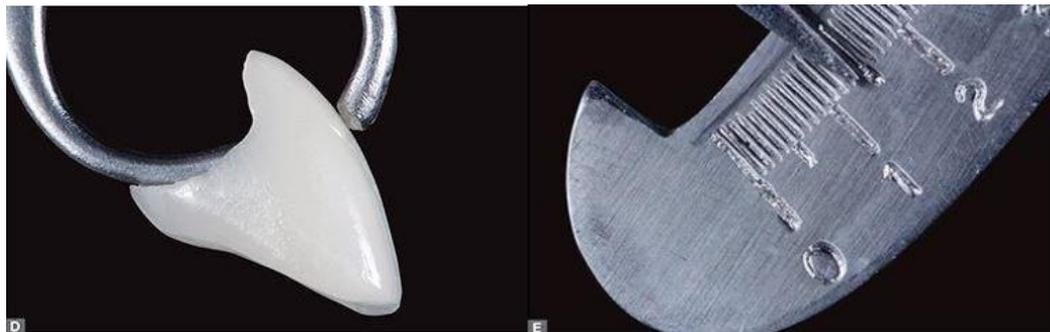


Figura 22 – Imagens mostrando a espessura vestibular de uma das restaurações cerâmicas.
 FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 23 – Imagens mostrando a vista palatal das restaurações cerâmicas.
 FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 24 – Vista vestibular e lingual dos laminados cerâmicos no modelo mestre.
 FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 25 – Vista lateral do espaço disponível para as restaurações cerâmicas.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 26 – Preparos dentários nos dentes 42, 41 e 31 antes da tomada de moldagem.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 27 – Vista lingual depois do acabamento e polimento.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 28 – Vistas vestibulares e linguais após o acabamento e polimento dos preparos e os laminados cerâmicos inferiores no modelo mestre.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

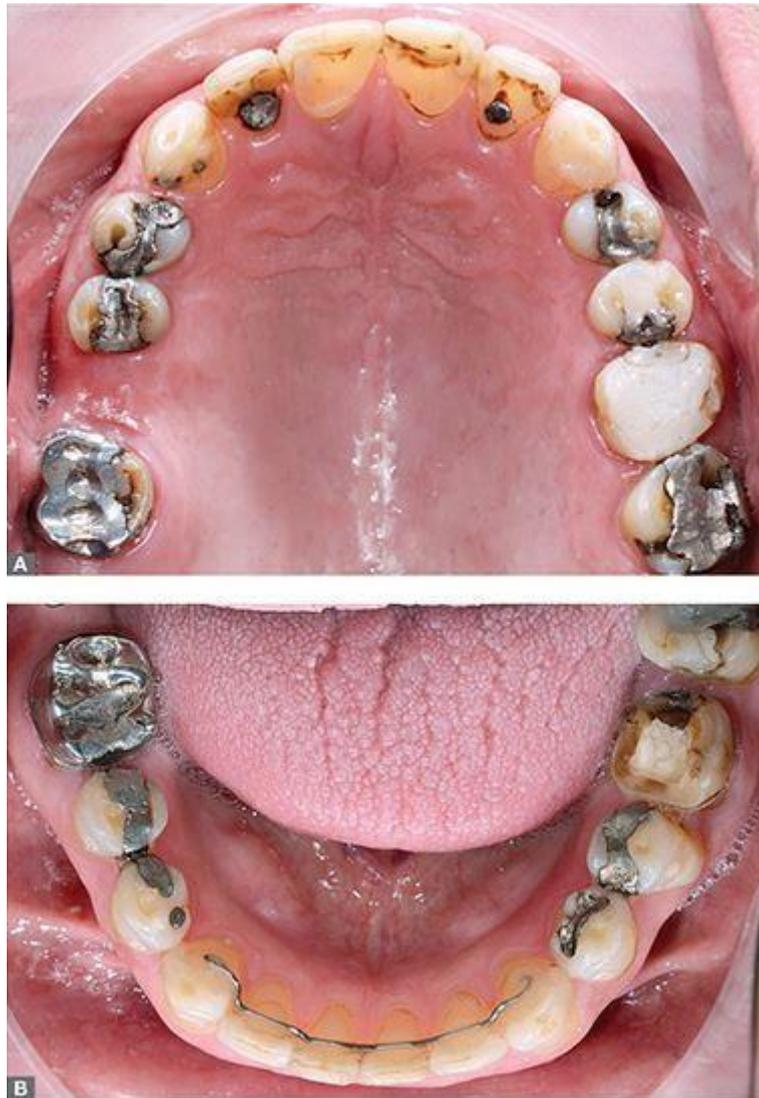


Figura 29 (A e B) – Vistas Oclusais superior e inferior depois do tratamento ortodôntico e antes do tratamento protético.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

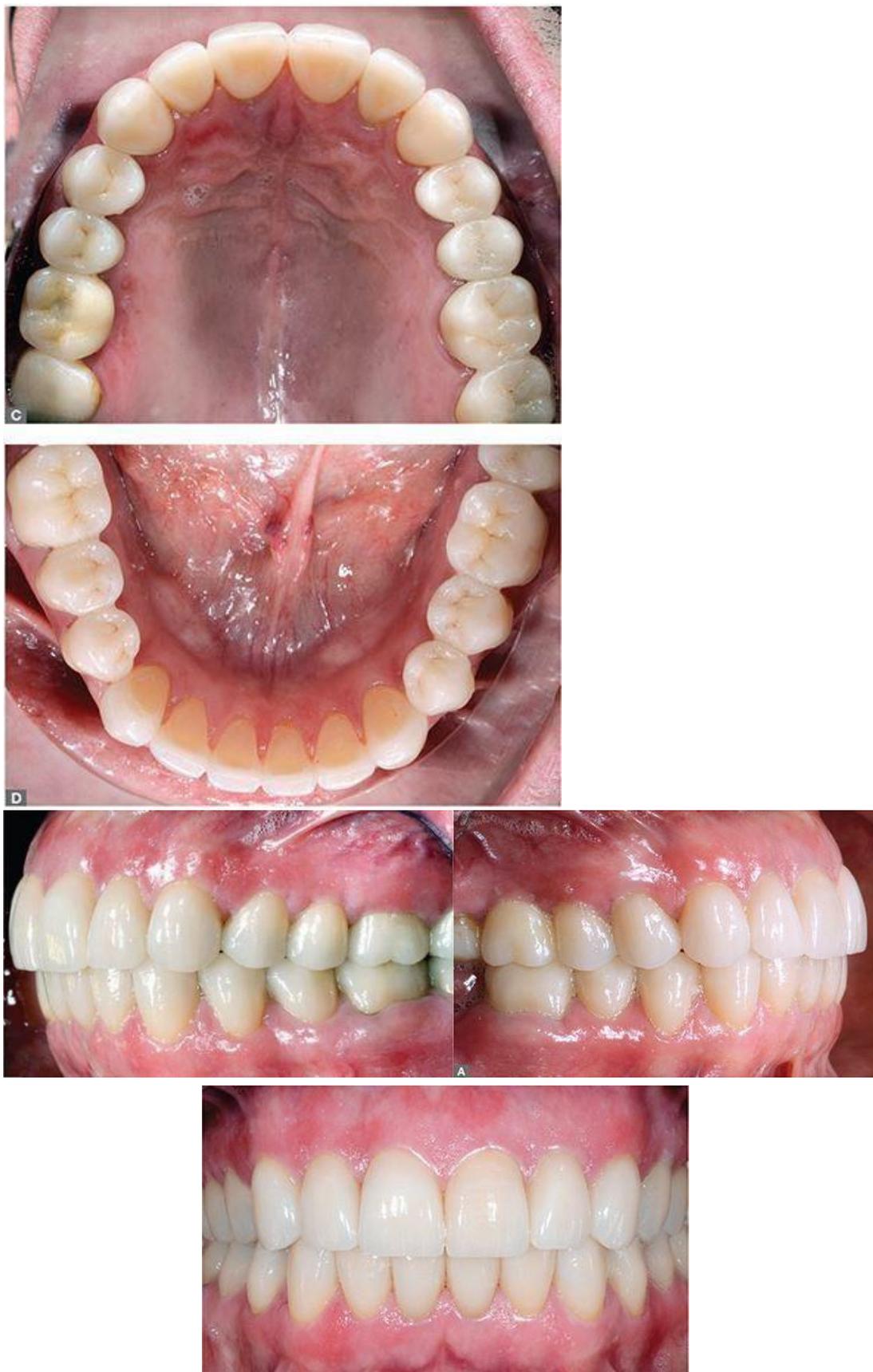


Figura 30 (A C e D) – Vistas Oclusais superior e inferior e fotos intrabucais finais depois do tratamento ortodôntico e protético.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 31 (A e B) – Vistas incisais antes e após o tratamento.
FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 32 (A, B e C) – Diastemas inferiores antes do tratamento. Incisivos superiores antes do tratamento.

FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 33 – D, E) Incisivos inferiores após o tratamento ortodôntico. F, G) Após a habilitação protética. H) Aspecto final dos incisivos superiores depois do tratamento.

FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 34 – Exposição dos incisivos superiores: A) antes do tratamento, B) após o tratamento ortodôntico, C) após a reabilitação protética. Nota-se aproximadamente 3mm de exposição do incisivo superior.

FONTE: (RODRIGUES, 2014)



Figura 35 – Sorriso antes do tratamento e ao final de cada etapa
FONTE: (RODRIGUES, 2014)

4 – DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes busca o tratamento ortodôntico para melhorar sua estética, mas nem sempre os recursos ortodônticos isolados satisfazem os pacientes e os profissionais, sendo necessária a busca de recursos estéticos complementares que melhorem a finalização dos tratamentos.

Essas adaptações dentárias são realizadas por meio de preparos, desgastes ou ajustes, de forma que não comprometa a higidez dos dentes em relação à polpa, ao periodonto e a oclusão, já que alguns autores consideram que a oclusão funcional trará resultados estáveis e o equilíbrio oclusal pós-tratamento.

Guindani (2012) e Lazarescu e Chirila (2005) descreveram a parte estética do sorriso como sendo um conjunto que envolve as formas da face, da gengiva e dos dentes. A Ortodontia realinha o sorriso, mas muitas vezes depende de outras especialidades para finalização com excelência, ressaltando, porém, que cada situação clínica analisada individualmente irá estabelecer o envolvimento de outras especialidades.

Brea et al., (2011) escreveram sobre os critérios que norteiam a escolha do tratamento de casos de apinhamento dental, indicando quando o mais adequado consiste em um tratamento puramente restaurador, ortodôntico ou na associação de ambos. Eles destacam o papel da ortodontia no tratamento dos casos de apinhamento. Os autores atentam que para escolher o tratamento é preciso levar em conta as consequências biológicas, limitações estruturais, sua influência sobre a oclusão e ainda considerações estéticas, sendo necessária uma avaliação cuidadosa para definir qual o papel que a ortodontia desempenhará em cada caso e que, na maioria das vezes, a intervenção ortodôntica é indicada.

Heymann et. al., 1985 destacou que a etiologia dos diastemas está relacionada a má formação dentária, por exemplo laterais conóides, diferença de tamanho entre o arco e os dentes, agenesias, recidiva após tratamento ortodôntico. Nesses casos é interessante associar o tratamento ortodôntico com o restaurador desde o diagnóstico.

Porém, Stanganeli, Pellegrin e Vieira (2000), após estudarem várias técnicas e opções de finalizações estéticas depois da remoção do aparelho ortodôntico, enfatizaram que se a função dos arcos foi restabelecida, deve ser valorizada a integridade dos dentes.

Ribeiro et. al., (2011) enfatizaram que o tratamento ortodôntico é uma opção relativamente demorada quando comparada com outras formas de tratamento, como coroas de porcelana. Assim, deve ser bem avaliada e discutida com o paciente. No entanto, pode resultar em conservação de estrutura dentária sendo, portanto, uma opção mais conservadora, apesar de mais demorada.

No entanto, Baratieri et al., (2002), defenderam que os preparos realizados nos dentes são muito pouco invasivos e que por isso as restaurações de porcelana são indicadas para restabelecer forma e cor nos dentes anteriores, fechando diastemas e até realinhando dentes fora da posição, melhorando a estética de acordo com as características físicas e com a idade de cada paciente.

As lentes de contato dentais possuem muitas vantagens e por isso são indicadas para tratar diastemas, corrigir alterações de forma, posição e cor nos dentes anteriores (FRANCCI, 2011).

Baratieri et.al., (2002) descreveram como desvantagem o custo elevado da porcelana, a fragilidade ao ser manuseada e a dependência de uma fase laboratorial, além de ser impossível remover sem que haja fratura.

Devido a várias técnicas e materiais existentes atualmente no mercado odontológico, os profissionais possuem cada vez mais possibilidades de realizar tratamentos integrados que tragam como resultado final, além da função, um sorriso muito mais harmonioso e estético. O tratamento com o ortodontista irá corrigir a posição dos dentes e prepará-lo para a instalação das lentes de contato dentais.

Para Massing, Ghiggi & Calixto (2012), a motivação para a decisão de se submeter a um tratamento ortodôntico está ligada às normas sociais e à cultura da beleza. A satisfação com a aparência dos dentes é um fator que pode mostrar quais serão as expectativas dos pacientes durante a terapia ortodôntica.

Para Soares (2011), na ortodontia, compreender como os indivíduos percebem suas características oclusais é importante, pois pode garantir a efetiva comunicação entre profissional e paciente, e também, para que haja o aconselhamento adequado sobre a necessidade de tratamento ortodôntico associado ou não ao uso de recursos restauradores na finalização ortodôntica.

5 – CONCLUSÃO

Os pacientes geralmente procuram a ortodontia por questões estéticas, porém o profissional esforça-se para preservar o equilíbrio oclusal do paciente além de proporcionar saúde e beleza.

O tratamento ortodôntico tem como objetivo corrigir más formações dento-esqueléticas e a má-oclusão. Quando há associação de outras especialidades os resultados estéticos e funcionais são melhorados.

A finalização estética em ortodontia é uma etapa de extrema importância por isso o ortodontista deve estar atento aos detalhes que conduzirão cada caso à finalização de melhor qualidade, melhorando a oclusão do paciente para a reabilitação definitiva quando necessário o uso de laminados cerâmicos.

De acordo com este trabalho, concluímos que as lentes de contato dentais, quando indicadas, representam uma boa alternativa no tratamento de dentes anteriores após a finalização ortodôntica.

6 – REFERÊNCIAS

ANUSAVICE, K.J. **Phillips: Ciência de los materiales dentales**. Trad. Diorki Servicios Integrales de Edición. Undécima edición. Madrid, España. Edith ELSEVIER. 2004.

ARNETT GW, JELIC JS, CUMMINGS DR, BERESS A, et al. Soft tissue cephalometric analysis: diagnosis and planning of dntofacial demormity. **Am J Orthod Dento Facial Orthop**. 1999 Sep; 116(3): 239-253.

BARATIERI, L.N., **Dentística: Procedimentos Préventivos e Restauradores**. 2. Ed. São Paulo: Santos, 2002.

BREA, L. et al. Dental Crowding: The Restorative Approach. **Dental Clinics of North America**, v. 55, n. 2, p. 301-310, 2011.

BURSTONE CJ, MARCOTTE MR, **Solucionando problemas em Ortodontia**; 1. Ed. São Paulo: Quintessence, 2003.

CALLEGARI, A., CHEDIEK, W, **Beleza do Sorriso: Especialidade em Foco**, Vol. 2. Ed. Napoleão: Nova Odessa, SP, 2014.

CÂMARA, C. A. L. P.; FONSECA, D. M. Tratamento integrado de reabilitação oral em paciente adulto. **R Clin Ortodon Dental Press**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 83-90, fev./mar. 2004.

CÂMARA, C. A. L. P., Estética em ortodontia: diagramas de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 130-156, nov./dez. 2006

CHO GC, DONOVAN TE. The versatile and esthetic metal-ceramic crown. **J Calif Dent Assoc** 1996;24(9):39-43.

CRAIG RG, Powers JM. **Materiais dentários restauradores**. 11 ed. São Paulo: Ed.Santos; 2004.

DITOLLA, M. Prep & No-Prep Comprehensive Porcelain Veneers Techniques., **R. Clinical Techniques & Procedures** V. 5. 2005.

Duarte S Jr, Phark JH, Blatz M, Sadan A. Ceramic Systems: an ultrastructural study. **Quintessence Dental Technol**. 2010;33:42-60.

FRANCCI, C. et al. Odontologia Estética: Soluções minimamente invasivas com cerâmica. **Revista Fundecto**, São Paulo, v-, n.10, p.8-9, jul.dez. 2011.

FREITAS CMC, FREITAS WMC, FREITAS RMC. Restaurações estéticas em cerâmica: em busca do natural. **Rev Dental Press Estét.** 2011;8(3):56-65.

GOLDSTEIN, R. E., **A estética em odontologia.** 2. Ed. São Paulo: Ed: Santos,2004.

GUIMARÃES J, Baratieri LN, **Laminados Cerâmicos.** In: Baratieri, LN. Soluções clínicas: Fundamentos e técnicas. Florianópolis. Editora Ponto; 2008. p.314-71.

GUINDANI, Eliza Tres. **Finalização estética e funcional de tratamento ortodôntico com restaurações cerâmicas: relato de caso clínico.** Monografia (Especialização em Dentística) - Faculdade Meridional IMED Centro de Estudos Odontológicos Meridional, Passo fundo – RS, 2012.

HEYMANN, H. O.; HERSHEY, H. G.; Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v.53, n.6, p. 766-771, June 1985.

HUNGERFORD, M. **Conceitos de estética dental – a beleza está nos olhos de quem vê.** In: Goldstein RE A estética em odontologia. Trad. De Maria Lourdes Gianini. São Paulo: Editora Santos; 2000, cap. 1, p. 3-15.

JAVAHERI, D. et al. Considerations for planning esthetic treatment with veneers involving no or minimal preparation. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 138, n.3, p.331-337, 2007.

KOKICH, V.G. Entrevista. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial,** Maringá, v.11, n.6, Nov-dez. 2006.

LAYTON, D. M., CLARKE, M., WALTON, T. R., A systematic review and meta-analysis of the survival of feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. **Int. J. Prosthodont.** 2012 Nov-Dec; 25(6): 590-603.

LAZARESCU, F.; CHIRILA, L. Reabilitação estética do sorriso: Uma abordagem interdisciplinar. **Cosmetic Dentistry,** Bucarest. V.1, p.12-14, 2005.

MAGNE, P., PERROUD, R., HODGES, J.S., BELSER, U.C., Clinical performance of novel design porcelain veneers for the recovery of coronal volume and length. **Int J Periodontics Restorative Dent.** 2000 Oct; 20(5): 440-57.

MASSING NG, GHIGGI PC, CALIXTO LR. A importância da comunicação clínico-laboratorial na execução de unitários anteriores. **Revista Dicas,** 2012. v.1, p.38-46,

- MONDELLI, R. F. L *et al.*, Integração ortodontia-dentística restauradora no restabelecimento da harmonia estética de dentes anteriores – relato de caso clínico. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, 2002.v. 1, n. 3, p. 49-54 – jun./jul.
- MORAIS, L.S. et al. Finalização Ortodôntica: uma Análise Contemporânea. **Jornal Brasileiro de Ortodôntia e Ortopedia Facial**, Curitiba. V.11, n.61, p.83-92, 2006.
- NEVILLE, B.W., **Anomalias dentárias**. In Allen CM, Damm DD, Neville BW, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1995 p. 59-63.
- NOORTR, **Introdução aos materiais dentários**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- PIRES, L.C.M., **Lente de contato dental: laminado e fragmento cerâmico**. Nova Odessa, SP: Napoleão; p.127-159, 2014.
- RADZ GM. Minimum thickness anterior porcelain restorations. **Dent Clin North Am** 2011; 55(2):353-370.
- RIBEIRO, T. T. C. et al. Fechamento de diastema anterior: associação de procedimentos ortodôntico e restaurador. **Ortho Science**, Curitiba, v.4, n.16, p. 87-93, 2011.
- RODRIGUES M. Andrade. OS. Tratamento multidisciplinar visando a excelência: apresentação de um caso clínico. **Rev. Clin Dental Press**. 2014, fev-mar; 13 (1). 63-82. Disponível em: <https://www.dentalpress.com.br/portal/tratamento-multidisciplinar-visando-excelencia-apresentacao-caso-clinico/>. Acesso em: 21-11-2017.
- SARVER, D.M. R A importância do posicionamento do incisivo na estética arco de sorriso. **Dental Press Ortodon Ortop Facial** 30 Maringá, v. 12, n.3, p. 25-31, maio/jun. 2007
- SHAFER, W. G. et al. **Tratado de Patologia Bucal**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837p
- SOARES PV, ZEOLA LF, SOUZA PG, PEREIRA FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Rev Odontol Bras Central**. 2012;21(58):538-43.
- SOARES, L. M; SOARES, C. Resultados previsíveis no uso de laminados e fragmentos cerâmicos com preparo minimamente invasivos. **Revista ClínicaInternational Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v.7, n.1, p.36-50, jan.mar. 2011.

SOUZA, Bruna Cristina de. **Inter-relação ortodontia e dentística: relato de caso clínico.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina, Londrina PR. 2012.

SPEAR, F.M.; KOKICH. V.G.; MATHEWS, D.P. A abordagem multidisciplinar de reabilitações dentárias estéticas anteriores. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.6, n.4, p.15-25, July-Aug. 2006.

STANGANELLI, C.; PELLEGRIN, M. C. J.; VIEIRA, D.; Recursos estéticos finalizadores nas correções ortodônticas. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v.22, n.3, p. 9-14, maio/jun. 2000.

STRASSLER, H. E. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. *Dentistry Today*, **Montclair**, v.55, p.686-94, may./jul. 2007.

TANAKA, O. M., MADRUGA, A., KREIA, T., Diastemas entr incisivos centrais superiores de 10mm: etiologia, consequência e conduta clínica. **Rev Clín Ortod Dental Press**, v. 4(1): 57-64, 2005

TEIXEIRA, M.C.B., MAIA, L.C., VALENÇA, A.M.G., MENDES, V.A., Transformação estética de dentes conóides: relato de caso. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; "(31): 230-3.

YAMAOKA, M. et al., Supernumerary impactions of the mandibular cuspids and bicuspids: case report. **Aust. Dent. J.**, Sydney, v. 40 no. 1, p.34-5, 1995-b.

ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração de Revisão Ortográfica e gramatical.

A revisão ortográfica deste trabalho foi feita pelo (a)
..... (RG ----- – SEGUP/PA), Graduada em nome do
curso e nome da instituição, titulação e instituição.

Nome do (a) revisor

ANEXOS

ANEXO 2 – Declaração de Revisão Normativa e Metodológica.

A normalização bibliográfica dessa monografia foi realizada pelo professor Dr. Marcio Antonio Raiol dos Santos (RG 2135885 – SEGUP/PA). Graduado em Educação Física pela Universidade do Estado do Pará – UEPA, Mestre e Doutor em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba / SP.

Prof. Dr. Marcio Antonio Raiol dos Santos