

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Mariana Cavalcante Oliveira

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES COM DIFERENTES
SISTEMAS CERÂMICOS – RELATO DE CASO**

Natal

2020

Mariana Cavalcante Oliveira

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES COM DIFERENTES
SISTEMAS CERÂMICOS – RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE/ CPGO, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Bruno de Castro Figueirêdo

Natal

2020



Monografia intitulada “**REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES
COM DIFERENTES SISTEMAS CERÂMICOS – RELATO DE CASO**” de autoria de
Mariana Cavalcante Oliveira

Aprovada em 23/04 /2020 pela banca constituída dos seguintes professores

Bruno de Castro Figueirêdo

Prof. Dr. Bruno de Castro Figueirêdo – CPGO/RN

Rimsky Coelho Lopes da Rocha

Prof. Me. Rimsky Coelho Lopes da Rocha – CPGO/RN

Carlos Alberto de Figueiredo Coutinho

Prof. Me. Carlos Alberto de Figueiredo Coutinho – CPGO/RN

Natal, 26 de Março de 2020.

Faculdade Seta Lagoas - FACSETE Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170

Sete Lagoas, MG

Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser minha força.

Aos meus pais, minha irmã e meus sobrinhos, por tanto amor. Vocês são minha vida.

À minha tia Eva, por todo carinho, amor e suporte, me ajudando nessa jornada. Sem você não teria sido possível.

Aos meus amigos, por sempre me dizerem “vai dar certo”.

A todos os meus professores do curso, em especial Bruno Castro, nosso mestre paciente e disponível durante esses anos, e a Paula Bernardon, por tanta dedicação e cuidado comigo e com os pacientes.

À minha dupla, Aquiles Fernandes e aos demais amigos de curso, que tanto me ensinaram e ajudaram.

RESUMO

Atualmente, o elevado nível de exigência e a alta expectativa dos pacientes diante dos seus objetivos nos tratamentos reabilitadores estimularam o desenvolvimento de vários recursos e diferentes tipos de materiais para repor uma estrutura dentária parcialmente ou totalmente perdida. As cerâmicas livres de metal são uma excelente escolha no que se refere ao resultado funcional e de longevidade, além de facilitar o sucesso estético da reabilitação, em detrimento das restaurações metálicas ou metalocerâmicas. Apresentam excelente estabilidade de cor e aliada à resistência ao desgaste, possibilita a recuperação da estética e da função de forma semelhante aos dentes naturais. O objetivo deste trabalho foi demonstrar através de um caso clínico, uma reabilitação em paciente com ausências dos elementos centrais, utilizando-se coroas totais e facetas livres de metal para reanatomização e fechamento de diastema na região anterior superior, contando com a avaliação e integração de diferentes especialidades odontológicas para suprir as necessidades do planejamento proposto. Após a conclusão do caso, verificou-se um resultado satisfatório com relação à estética e à funcionalidade.

Palavras-chave: Reabilitação bucal, Porcelana Dentária, Estética Dentária.

ABSTRACT

Currently, the high level of demand and the high expectation of patients regarding their goals in rehabilitation treatments have stimulated the development of several resources and different types of materials to replace a partially or totally lost dental structure. Metal-free ceramics are an excellent choice in terms of functional and longevity results, in addition to facilitating the aesthetic success of rehabilitation, to the detriment of metallic or metaloceramic restorations. They present excellent color stability and combined with wear resistance, it allows the recovery of aesthetics and function in a similar way to natural teeth. The objective of this work was to demonstrate, through a clinical case, a rehabilitation in a patient with absences of the central elements, using total crowns and metal-free facets for reshaping and closing of the diastema in the upper anterior region, counting on the evaluation and integration of different dental specialties to meet the needs of the proposed planning. After the conclusion of the case, there was a satisfactory result in terms of aesthetics and functionality.

Key words: Mouth Rehabilitation, Dental Porcelain, Esthetics Dental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 DESENVOLVIMENTO.....	9
3 RELATO DE CASO	14
4 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO	27

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, o elevado nível de exigência e a alta expectativa dos pacientes diante dos seus objetivos nos tratamentos reabilitadores estimulou o desenvolvimento de novos materiais e técnicas na Odontologia, buscando um sorriso harmônico e estético, com procedimentos mais conservadores e previsíveis (MOLIN et al., 2009).

Devido à alta complexidade de detalhes na maioria dos casos, como ocorre em casos de grandes perdas dentárias e estruturais, faz-se necessário uma avaliação integrada de diferentes especialidades odontológicas como Periodontia, Ortodontia, Dentística, Prótese, entre outros, auxiliando essa difícil tarefa de corresponder aos objetivos do tratamento e dos pacientes (CARMO, 2017).

Diante dessa maior exigência estética, as restaurações de amálgama e metálicas fundidas tem sido cada vez menos utilizadas, tendo em vista seu alto contraste com as estruturas dentárias naturais. Assim, a utilização de resina e cerâmicas possibilitam uma recuperação funcional e estética dos dentes e do sorriso dos pacientes, com preparos menos invasivos e cada vez mais sutis, preservando ao máximo o tecido dentário natural (PALLESEN, 2000; MOLIN et al. 2009).

O uso das cerâmicas odontológicas tem se consagrado por apresentar várias outras propriedades que favorecem sua aplicação, entre as quais se destacam: estabilidade de cor, radiopacidade, biocompatibilidade, estabilidade química, elevada resistência à compressão, coeficiente de expansão térmica e condutibilidade semelhante à estrutura dentária e integridade marginal, resultando em maior longevidade do tratamento restaurador (JUNIOR, 2017; LEHMANN, 2004). Por outro lado, a cerâmica constitui-se em um material com pouca capacidade de sofrer deformação plástica, tendo em vista sua alta friabilidade (FIGUEIREDO, 2008).

O desenvolvimento de novos sistemas cerâmicos metal free possibilitou a confecção de restaurações opticamente mais favoráveis (TOUATI, 2000) com translucidez, opacidade, opalescência e fluorescência próximas às estruturas dentárias, além de permitir a reprodução dos dentes e estruturas anatômicas com textura e forma personalizada (SOUSA, 2003).

Dessa forma, o uso adequado desse tipo de material para reabilitações requer do Cirurgião-Dentista um planejamento bem elaborado, considerando não somente a estética, mas todas as variáveis e condições envolvidas para cada paciente. Para um tratamento com bom prognóstico do ponto de vista biológico, estético e funcional, é preciso considerar todas as opções disponíveis atualmente para cada reabilitação.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de reabilitação com coroas e facetas cerâmicas de diferentes tipos, livres de metal, visando o fechamento de diastema e a reanatomização de elementos dentários após a perda dos elementos centrais e tratamento ortodôntico não finalizado.

2 DESENVOLVIMENTO

Na odontologia, a presença de alguma anormalidade nos dentes anteriores, como alteração de cor, forma, tamanho ou posição, pode afetar prejudicialmente o sorriso e a qualidade de vida do paciente. (ROSSATO et al., 2010). Partindo desse princípio, as restaurações dos dentes, sejam diretas ou indiretas, devem ser feitas de modo criterioso e responsável para que o resultado seja uma reabilitação duradoura, funcional e com aspecto natural. (LIMA, CARVALHO, CRAVO, 2010).

Os estudos atuais buscam desenvolver trabalhos onde função e estética sejam inseparáveis, devendo estes procedimentos caminharem juntos com as questões que envolvam a compatibilidade biológica e a longevidade do trabalho executado, sem que haja comprometimento da função.

A evolução dos sistemas cerâmicos usados nas reabilitações protéticas permite inúmeras possibilidades restauradoras, entretanto, imitar as características intrínsecas e extrínsecas de cor, forma e textura superficial da dentição natural ainda é um desafio. A seleção do material cerâmico é complexa e influencia diretamente o resultado final do tratamento (LIMA et al., 2013).

O mercado odontológico atual dispõe de diversos sistemas cerâmicos para confecção de restaurações livres de metal (GOMES, 2008) como cerâmicas ácido sensíveis, ácido-resistentes (BOTTINO, FARIA, VALANDRO, 2009) e uma nova classe, as cerâmicas híbridas (ELSAKA, 2014). As primeiras apresentam elevado conteúdo de fase vítrea (ricas em sílica) e possuem um excelente desempenho estético. As cerâmicas ácido-resistentes (zircônia e alumina) representam uma classe de material cerâmico de elevada resistência mecânica devido ao alto conteúdo cristalino e a pouca ou ausente presença de fase amorfa (sílica) (BOTTINO, FARIA, VALANDRO, 2009). Cerâmicas híbridas foram lançadas no mercado odontológico no ano de 2014 e consistem em uma microestrutura de matriz cerâmica feldspáticas e uma rede de polímero à base de acrilato. Apresentam propriedades mecânicas entre porcelana e resinas compostas; as características de desgaste, as propriedades de flexão, e a elasticidade deste material são semelhantes à dentina (SILVA et al., 2016).

As cerâmicas do tipo porcelana e vitro-cerâmicas conferem resultados mais estéticos e permitem cimentação resinosa adesiva, pois as partículas de reforço inseridas

na composição ou criadas a partir da forma de processamento da cerâmica, em geral, não comprometem o condicionamento ácido (FONSECA, 2008).

As cerâmicas policristalinas e compósitos basicamente são compostas por cristais, particularidade que aumenta a resistência à fratura, mas acentua a opacidade e impede o condicionamento ácido, sendo por isto ácido-resistentes (GOMES, 2008). Restaurações cerâmicas policristalinas ou compósitos dependem, portanto, da retenção mecânica fornecida basicamente pela execução de um de preparo dentário mais retentivo que aquele necessário para cimentação de peças ácidos sensíveis, cuja adesão será majoritariamente química.

Nos últimos anos, a adição de óxidos teve o intuito de melhorar ainda mais a resistência das cerâmicas, destacando a incorporação da zircônia, que resultou em um aumento significativo da resistência à flexão, conferindo um dos maiores valores de tenacidade entre os materiais cerâmicos (SOUZA et al., 2012).

Entretanto, obteve-se um sistema altamente opaco, sendo necessárias algumas mudanças na translucidez, cor e a aparência da zircônia (MATSUZAKI, 2015). Assim, foram realizadas modificações na composição e processamento desse material, incluindo a introdução de cristais menores, maior teor de ítrio e cristal cúbico, estrutura fornecida por temperaturas de sinterização mais altas, resultando em cerâmicas conhecidas como “zircônias de alta translucidez” (STAWARCZYK et al., 2019).

Dentre os sistemas cerâmicos livres de metal, o sistema cerâmico IPS E.max é um sistema moderno que cumpre muito bem o quesito estética, baseando-se em trabalhos com cerâmicas de vidro à base de dissilicato de lítio 60% ($\text{Li}_2\text{Si}_2\text{O}_5$) injetado ou fresado (CAD/CAM), respectivamente E.max Press e E.max CAD, e também com cerâmicas à base de óxido de zircônia injetado ou fresado, E.max ZirPress e E.max ZirCad. Os diferentes materiais de estrutura que constituem o sistema IPS E.max podem ser estratificados com a mesma cerâmica de recobrimento, conhecida como IPS e.max Ceram.

As indicações clínicas para as cerâmicas à base de dissilicato de lítio (IPS E.max Press) são: onlay, inlay, facetas, coroa total anterior e posterior, próteses parciais fixas de até 3 elementos em região anterior. O IPS E.max Press apresenta maior grau de translucidez quando comparados com sistemas à base de zircônia (Lava Zirconia,

Zenostar e Upcera Zirconia), tornando-o aconselhado a ser utilizado em restaurações anteriores (RENZETTI, et al. 2013).

Entretanto, o sucesso da utilização desses sistemas depende de outros fatores, como: caracterização da superfície, coloração, integridade marginal do preparo, forma anatômica e da combinação das restaurações cerâmicas com o agente cimentante. Além disso, as condições da estrutura abaixo da restauração (dente natural, núcleo metálico, pilar protético de implante, ou um núcleo de preenchimento em resina composta) com ou sem o uso de retentores intraradiculares para elementos com grande destruição coronária são determinantes para o sucesso e longevidade das reabilitações (MILLEDING, 1998; ALFREDO et al., 2006).

Além da escolha correta do material restaurador, alguns pontos devem ser cuidadosamente avaliados na confecção de restaurações indiretas em dentes anteriores, tais como: execução do preparo dental, moldagem, escolha criteriosa do laboratório onde irá ser confeccionado o trabalho e cimentação protética (LIMA, CARVALHO, CRAVO, 2010).

Além disso, para a reabilitação de dentes com perda de grande quantidade de estrutura coronária e tratados endodonticamente, são utilizados, na maioria das vezes, retentores intraradiculares como forma adicional de estabilizar e reter o material restaurador. Este procedimento deve empregar materiais que apresentem propriedades mecânicas similares às da estrutura perdida (MAGNE, BELSER, 2003) destacando-se atualmente o uso de pinos de fibra de vidro como retentores intraradiculares de escolha.

O propósito dos retentores não é apenas reforçar a estrutura dental remanescente, prover retenção e estabilidade aos materiais restauradores, mas também a distribuição mais homogênea das cargas mastigatórias que atuam na raiz, periodonto e osso (BARATIERI et al., 2001).

Desta forma, os princípios de biomimetismo de estrutura dental são conseguidos na sua plenitude, uma vez que a dentina é reconstruída por pino de fibra de vidro e resina composta, materiais que apresentam módulo de elasticidade, e propriedades mecânicas semelhantes à dentina. Em adição a isso, o esmalte é substituído pela cerâmica, que apresenta resistência à compressão, resistência ao desgaste, brilho, lisura de superfície e baixo acúmulo de placa, e demais características físicas, mecânicas e ópticas semelhantes ao esmalte. Estes materiais acabam por se proteger mutuamente como é na

natureza da interação entre as estruturas do esmalte e dentina promovida pela junção amelocementária (SOUSA et al., 2010).

Em relação à cimentação de prótese totalmente cerâmica, os procedimentos envolvidos durante esta etapa, apresentam características particulares e importantes para o sucesso do tratamento. A seleção do cimento usado deve ser embasada em conhecimento científico, pois existem inúmeros agentes cimentantes e possibilidades de tratamento de superfície. A eficácia do tratamento da superfície está relacionada com a composição da cerâmica (VALLE et al., 2010).

O condicionamento com ácido fluorídrico a 10% juntamente com um agente de união é o tratamento de superfície de eleição para as cerâmicas vítreas/ ácido sensíveis e as cerâmicas híbridas (MARTINS et al., 2012).

O jateamento com partículas foi a alternativa encontrada para tratamento de superfícies em cerâmicas com ausência de sílica. O jateamento com partículas de óxido de alumínio é relatado como um dos tratamentos de superfície mais utilizados por sua capacidade de aumentar, mecanicamente, a rugosidade cerâmica, e conseqüentemente a área da superfície. Este tratamento favorece o embricamento micromecânico do agente cimentante, porém não oferece a possibilidade de união química ao substrato cerâmico (QUEIROZ, BOTELHO, SOUSA, 2015).

Uma cimentação bem realizada prolonga o tempo de uso das próteses fixas e pode ser um determinante para seu sucesso. Apesar da cimentação convencional (cimentos à base de fosfato de zinco ou de ionômeros de vidro modificado) ter indicação de uso em próteses cerâmicas, a cimentação adesiva oferece retenção química adicional, favorecendo o selamento marginal destas restaurações e aumentando a resistência à fratura (ROSA, PIVA, SILVA, 2015). Desta forma, as chances de infiltração marginal, pigmentação na borda das restaurações e cárie secundária são reduzidas.

A escolha por um cimento resinoso dual é justificada pela possibilidade de ativação dupla, na qual existe associação dos processos de ativação química e de fotoativação, que oferece melhora significativa das propriedades físicas e mecânicas. Essa associação contribui para que ocorram poucas objeções relacionadas ao desempenho da retenção das peças protéticas cimentadas com esses cimentos, quando comparadas com os cimentos de ativação única e tradicional (GUEDES et al., 2008).

Não só o tipo de cerâmica e cimento utilizado influencia o resultado final, mas também o profissional que confecciona a coroa protética. Esse deve ter domínio sobre o material e a técnica, para que as restaurações indiretas sejam realizadas de maneira adequada e com as características mais próximas dos dentes naturais a serem restabelecidos. Pequenos erros em cada etapa podem somar-se, acarretando em grandes falhas, que comprometem o resultado final. Sendo assim, um bom embasamento científico e conhecimento dos materiais por parte do cirurgião-dentista, aliado a habilidade técnica, faz com que o sucesso na confecção da prótese seja obtido, conferindo não só função, como naturalidade aos elementos restaurados (LIMA, CARVALHO, CRAVO, 2010).

3 RELATO DE CASO

Paciente A.M, 34 anos, sexo feminino, procurou atendimento na clínica de Especialização em Prótese Dentária – CPGO/FACSETE, relatando insatisfação estética com seu sorriso.

Conforme anamnese, paciente havia realizado exodontia dos elementos 11 e 21 em torno de quinze anos atrás, após subtratamento de cárie, realizando posteriormente tratamento ortodôntico para “fechar o espaço dos dentes extraídos”. Após remoção do aparelho ortodôntico, o diastema remanescente foi parcialmente fechado com resina composta.

Durante o exame clínico intraoral, observou-se os elementos 12 e 22 posicionados mesialmente, assim como os demais elementos da arcada superior; extensas restaurações de resina composta na região interproximal dos elementos 12 e 22. Observou-se ainda lesões cáries iniciais nos elementos inferiores, e a presença de cálculo dentário. O elemento 14 apresentava-se com curativo endodôntico de demora, com restauração provisória (Figuras 1 e 2). Após as fotografias e exame clínico completo, juntamente com a paciente, propôs-se a realização de cirurgia gengival, para melhor estética e perfil de emergência nos elementos centrais; instalação de coroas totais nos elementos 12 e 22, mimetizando os elementos 11 e 21 ausentes e fechando o diastema, e facetas para reanatomização dos elementos 13 e 23, transformando-os em incisivos laterais.



Figura 1 - Fotos iniciais extra orais



Figura 2 - Fotos iniciais intra orais: vista frontal e oclusal superior

Após a moldagem com silicone de condensação (Perfil, Coltene, Suíça) para obtenção dos modelos de estudo para planejamento e aprovação da paciente, realizou-se a remoção parcial do sobrecontorno cervical das restaurações nos elementos 12 e 22, para preparação para cirurgia plástica gengival. O procedimento periodontal com osteotomia foi realizado com o mock up com resina bisacrílica (Protemp® 4, cor A2, 3M ESPE, EUA) em posição, com guia obtido a partir de um enceramento inicial feito no modelo de estudo (Figura 3), para guiar as incisões e a remoção da gengiva hiperplásica. (Figura 4)



Figura 3 – Enceramento manual inicial para realização de mock-up e guia para cirurgia periodontal, e mock-up inicial em posição.



Figura 4 – Cirurgia periodontal, com remoção de aproximadamente 3mm de gengiva em cada elemento central.

Procedeu-se com a instalação do retentor intraradicular (pino de fibra de vidro Exacto, número 1, Angelus, Brasil) no elemento 12, endodonticamente tratado, sessenta dias após a gengivectomia (Figura 5), sendo realizada a desobturação do conduto com brocas Largo e Gattes (Angelus, Brasil); reanatomização do pino com resina composta e cimentação com cimento dual (Cimento Resinoso Dual AllCem, A3, FGM, Brasil), finalizando o acesso com restauração em resina fotoativável (Opallis A3, FGM, Brasil) para posterior preparo para coroas totais. (Figura 6)



Figura 5 – 60 dias de pós operatório gengival

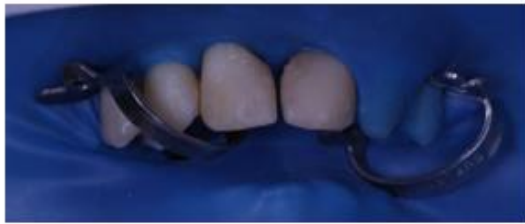


Figura 6 – Instalação do pino de fibra de vidro no elemento 12



Os preparos iniciais para as coroas foram realizados utilizando o guia de silicone obtido a partir da moldagem do modelo com o enceramento manual inicial, utilizando em média 1,2 mm de desgaste em cada face para os elementos centrais. (Figura 7). Após o desgaste dos dois elementos centrais, foi realizado escaneamento digital (Scanner Trios 3, 3SHAPE) para obtenção de um novo enceramento final para aprovação da paciente. (Figura 8)



Figura 7 – Preparos iniciais para coroas totais nos elementos 12 e 22



Figura 8 – Arquivos digitais obtidos após escaneamento dos preparos centrais para obtenção de novo enceramento

Na consulta seguinte, foram removidos os provisórios e realizado um novo mock-up com resina bisacrílica (Protemp® 4, cor A2, 3M ESPE, EUA) a partir do enceramento digital obtido. Conforme aprovado, o guia do mock-up final foi recortado para ser utilizado como guia de refino dos preparos feitos anteriormente, baseando-se no novo enceramento. Na mesma sessão, foi realizado o preparo para reanatomização com facetas dos elementos 13 e 23, com aproximadamente 0,8mm de desgaste vestibular. (Figura 9 e 10). Com todos os preparos refinados, foi realizada profilaxia com pasta profilática (Shine, Maquira, Brasil), inserção do fio retrator 000 e inserção do fio 1 (Ultrapack, Ultradent, EUA) ambos umedecidos com líquido hemostático (Hemostop, Denstply Sirona, EUA). Após 5 minutos, foi retirado o fio 1 e realizado o escaneamento final. A seleção de cor foi realizada com a escala de cor VITA 3D Master (Vita, Alemanha), sendo definida a cor A1. (Figura 11)



Figura 9 – Finalização dos preparos dos quatro elementos anteriores utilizando guia de silicona



Figura 10 – Utilização do segundo fio gengival retrator para escaneamento dos preparos finais

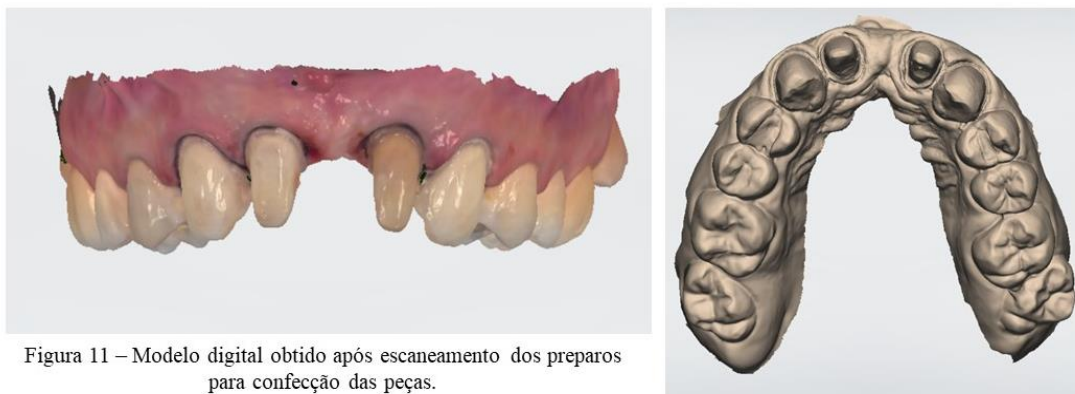


Figura 11 – Modelo digital obtido após escaneamento dos preparos para confecção das peças.

O arquivo digital foi enviado para o laboratório juntamente com a guia solicitando os elementos centrais com estrutura em zircônia e os laterais em dissilicato de lítio (E-MAX), com aplicação de cerâmica de cobertura em todas as peças para uma melhor homogeneidade estética. (Figura 12)



Figura 12 – Peças finalizadas e prova das peças em posição.

A cimentação das peças foi realizada na consulta seguinte, seguindo o protocolo de cimentação para cada tipo de cerâmica e o cimento utilizado. Após remoção dos provisórios, profilaxia com pasta profilática sem óleo (Shine, Maquira, Brasil) e escova de Robinson, e inserção do fio retrator 000 (Ultrapack, Ultradent, EUA), foi realizado condicionamento dos preparos com o primer e adesivo autocondicionante do cimento resinoso (Cimento Dual Panavia F 2.0 Half Light, Kuraray, Japão), jato de ar por 20 segundos. Realizou-se a limpeza da face interior das peças em zircônia com ácido fosfórico Condac 37% (FGM, Brasil), secagem e aplicação ativa do silano Prosil (FGM, Brasil). Após 1 minuto, procedeu-se com a aplicação do cimento nas peças, levando-as em posição simultaneamente. Realizou-se fotopolimerização por 20 segundos, e remoção dos excessos com pincel e lâmina de bisturi 10. Finalizou-se com a fotopolimerização final por 60 segundos.

Para a cimentação das facetas em e-max, realizou-se o condicionamento dos elementos 13 e 23 com primer e adesivo autocondicionante do cimento (Cimento Dual Panavia F 2.0 Half Light, Kuraray, Japão). Para as peças, o condicionamento foi iniciado com ácido hidrófluorídrico Condac 5% (FGM, Brasil) por 20 segundos, que em seguida foi removido com água e seco com jatos de ar. Após, foi aplicado ácido fosfórico Condac 37% (FGM, Brasil), por 60 segundos, lavagem e secagem da peça. Com uma ponta Cavibrush (FGM, Brasil), foi aplicado silano Prosil (FGM, Brasil) deixando-o secar por 1 minuto. Aplicou-se o cimento na face interna das facetas, posicionando-as nos elementos. Procedeu-se a fotopolimerização da mesma forma que foi realizada para os elementos centrais. (Figura 13)



Figura 13 – Protocolo de cimentação utilizado em sequência: condicionamento com ácido fluorídrico, lavagem com água e aplicação de ácido fosfórico (apenas nas peças em emax); verificação da opacidade interna após aplicação do ácido; silanização da peça; aplicação do primer e adesivo no dente; manipulação do cimento proporcionado; aplicação do cimento na peça; extravasamento do cimento e remoção de excessos com pincel e lamina de bisturi 12; polimerização, e aspecto pós cimentação imediata de todas as peças.

A paciente foi orientada a realizar o tratamento endodôntico do elemento 14 para posterior reabilitação estética dos pré-molares e de demais lesões cariosas nos elementos inferiores, assim como reabilitar as ausências dos molares inferiores, potencializando o sucesso do o tratamento já realizado. (Figura 14)



Figura 14. Fotos comparativas: inicial e final

4 CONCLUSÃO

O estudo e relato de caso realizado nesse trabalho mostram que um bom planejamento é essencial para a reabilitação oral, principalmente tratando-se de áreas estéticas, cuja exigência do paciente é naturalmente maior. Tratamentos restauradores realizados de maneira correta e seguindo os protocolos recomendados para cada tipo de restauração e substrato são capazes de devolver qualidade de vida e saúde para o paciente, já que a reposição de elementos dentários ausentes e a reconstrução de estruturas danificadas são capazes de reestabelecer função e estética.

O tratamento realizado foi aprovado pela paciente e pela equipe, apesar de todas as limitações de planejamento e financeiras, sendo orientado a reabilitação futura dos demais elementos dentários para um resultado mais satisfatório, e a manutenção correta das próteses já instaladas.

REFERÊNCIAS

ALFREDO, E.; et al. E-ectof Eugenol-Based Endodontic Cement on the Adhesion of intra-canal. **Posts. Braz. Dent. J**, v 17, n. 2, p. 130-133. 2006.

BARATIERI L.N.; et. al. Abordagem restauradora de dentes tratados endodonticamente-pinos/ núcleos e restaurações unitárias. *Odontologia restauradoras: fundamentos e possibilidades*, p.622-31. São Paulo: Santos. 2001.

BOTTINO M.A.; FARIA R.; VALANDRO L.F. Percepção estética em próteses livre de metal em dentes naturais e implantes. São Paulo: Artes Médicas; 2009.

CARMO, T. M.; SENE, F. Integração periodontia e laminados cerâmicos para reabilitação do sorriso. Departamento ODO, Faculdade de Odontologia – Universidade Estadual de Londrina/PR, Brasil. 2017.

ELSAKA S.E. Bond strength of novel CAD/CAM restorative materials to self-adhesive resin cement: the effect of surface treatments. **J. adhes. dent.** v 1, n 6, p. 531-40. 2014.

FIGUEIREDO, R.J.; et. al. Otimizando a estética através de reanatomizações em dentes conóides. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 56, n. 3, p. 333- 336, jul/set. 2008.

FONSECA, A. S. Odontologia estética a arte da perfeição, Ed. Artes Médicas, São Paulo. 2008.

GOMES E.A.; ASSUNÇÃO W.G.; ROCHA E.P. Cerâmicas odontológicas: o estado atual da cerâmica, v 54, p. 319-325. 2008.

GUEDES L.L.; et.al. Avaliação das propriedades mecânicas de cimentos resinosos convencionais e autocondicionantes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v 37, n 1, p. 85-89, 2008.

JUNIOR, J. M.; MORETTI, C. O. Reconstrução do sorriso: uma abordagem conservadora através de laminados cerâmicos – relato de caso. **Prosthes Lab Sci**, v 6, n. 22, p. 44-48. 2017.

LEHMANN, F.; EICKEMEYER, G.; RAMMELSBERG, P. Fracture resistance of metal-free composite crowns-effects of fiber reinforcement, thermal cycling, and cementation technique. **J Prosthet Dent**, v 92, n. 3, p. 258-264. 2004.

LIMA A.F.; CARVALHO J.F.; CRAVO F.L. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: simples realização. **Rev Dental Press Estét**, v 7, n 4, p. 88-96. 2010.

LIMA, R.B.; FIGUEIREDO, R.J.; ANDRADE, A.K. Otimizando a Estética do Sorriso através de Coroa Cerâmica “Metal Free” - Relato de caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p.165-170, 30 jun. 2013.

MAGNE, P.; BELSER, U. Porcelain versus composite inlays/onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion, and crown flexure. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v 23, n 6, p. 543-555. 2003.

MARTINS M.E.; et al. Does the ultrasonic cleaning medium affect the adhesion of resin cement to feldspathic ceramic, **J. adhes. dent.** 2012 v 14, n 6, p. 507-509. 2012.

MATSUZAKI, F.; et al. Translucency and flexural strength of monolithic translucent zirconia and porcelain-layered zirconia. **Dent Mater**, n. 34, p. 910-917. 2015.

MILLEDING, P.; et al. Two years of clinical experience with Procera titanium crowns. **Int J Prosthodont**, v 11, n 3, p. 224-232. 1998.

NGUYEN J.F.; MIGONNEY V.; RUSE N.D. Resin composite blocks via high-pressure high-temperature polymerization. **Dent. Mater.** v 28, n 5, p. 529-534. 2012.

PALLESEN, U.; VAN DIJKEN, J. An 8-year evaluation of sintered ceramic and glass ceramic inlays processed by the Cerec CAD/CAM system. **European Journal Of Oral Sciences**, v. 108, n. 3, p.239-246, junho, 2000.

PEAMPRING C. Restorative management using hybrid ceramic of a patient with severe tooth erosion from swimming: a clinical report. **J. Adv. Prosthodont**, v 6, n 5, p 423-26. 2014.

QUEIROZ J.R.; BOTELHO M.A.; SOUSA S.A. Evaluation of spatial and functional roughness parameters on air-abraded zirconia as a function of particle type and deposition pressure. **J. adhes. Dente**, v 17, n 1, p. 77-80. 2015.

RENZETTI, P. F.; et al. Reabilitação Estética Anterior com Coroas Metal free: Relato de Caso Clínico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v 4, n 3, p.16-20. Maringá, 2013.

ROSA W.L.; PIVA E.; SILVA A.F. Bond strength of universal adhesives: A systematic review and meta-analysis. **J. dent**, v 43, n 7, p. 765- 776, 2015.

ROSSATO D.; SAAD J.; PORTO N. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. **Rev Sul-Bras Odontol**, v 7, n 4, p. 494-8. 2010.

SILVA, A.M.; et al. Estratégias de cimentação em restaurações livres de metal: uma abordagem sobre tratamentos de superfície e cimentos resinosos. **Revista Bahiana de Odontologia**, Bahia, v. 7, n. 1, p. 49-57, 2016.

SOUSA S.J.B.; et al. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gingival Associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. **Rev Odontol Bras Central**, v 19, n 51, p.362-366. 2010.

SOUSA, C.; GARZON, A.C.; SAMPAIO, J. E. Periodontal aesthetics: a case report. **Rev. Bras. Cir. Periodontia**, v 1, n. 4, p.262-267. 2003.

SOUZA, R. O.; MIYASHITA, E. Zircônia na Odontologia: vantagens e possíveis limitações. Reabilitação oral: previsibilidade e longevidade. Ed. Napoleão, p. 513-563. 2012.

STAWARCZYK, B.; et. al. Three generations of zirconia: From veneered to monolithic. Part I. Restorative Possibilities Usin Zirconia Ceramics for Single Crown. **Brazilian Dental Journal**, v 30, n. 5, p. 446-452. 2019.

TOUATI, B.; ETIENE, J. M. Extensive aesthetic rehabilitation with CAD/CAM all-ceramic crown restorations. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, v 12, n. 7, p. 661-665. 2000.

VALLE A.L.; MARTIN L.M. Sistemas cerâmicos atuais: revisão de literatura. **Rev Dental Press Estét**, v 7, n 1, p. 106-7, 2010.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, ANDREZA MOREIRA ALVES, portadora do CPF nº 064.711.434-86, estou ciente das condições de realização do tratamento proposto pela dentista Mariana Cavalcante Oliveira, CRO 5008/RN, aluna do curso de pós-graduação em Prótese Dentária, sob coordenação do Prof. Dr. Bruno Castro, a ser realizado na clínica do Curso de Especialização em Prótese Dentária – CPGO/FACSETE, em Natal, Rio Grande do Norte.

Estou de acordo com o pagamento proposto pela instituição, e autorizo a obtenção e uso de imagens obtidas durante meu tratamento, além das informações fornecidas por mim no prontuário clínico e durante anamnese, bem como resultados de exames de imagem e laboratoriais, para fins didáticos e científicos.

Natal, 04 / 05 / 2019

Andreza Moreira Alves

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Mariana C. Oliveira

ASSINATURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

