

# Associação de preparos minimamente invasivos e plástica gengival: relato de caso clínico

*Association between minimally invasive prosthetic procedures and gingival plastic: case report*

*La asociación entre preparación mínimamente invasiva y plástica gengival: reporte de un caso*

Adriana Cristina **ZAVANELLI**<sup>1</sup>  
 Ricardo Alexandre **ZAVANELLI**<sup>2</sup>  
 José Vitor Quinelli **MAZARO**<sup>3</sup>  
 Wagner Nunes de **PAULA**<sup>4</sup>  
 Marco Aurélio Damásio **BORGES**<sup>5</sup>  
 Débora Maronesi **BAGIO**<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista, Especialista em Prótese Dentária, Mestrado e Doutorado em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP e Professora Doutora da Disciplina de Prótese Parcial Fixa do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP

<sup>2</sup> Cirurgião-Dentista, Especialista em Prótese Dentária e Implantodontia, Mestrado e Doutorado pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, Pós-Doutorado em Biomateriais pela “New York University College of Dentistry” e Professor Doutor Associado da Disciplina de Prótese Dentária do Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

<sup>3</sup> Cirurgião-Dentista, Especialista em Prótese Dentária, Mestrado e Doutorado em Prótese Dentária pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP e Professor Doutor da Disciplina de Prótese Parcial Fixa do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP

<sup>4</sup> Cirurgião-Dentista, Especialista em Periodontia e Implantodontia, Mestrado em Periodontia e Doutorado em Implantodontia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP e Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia Soebrás, Anápolis, Brasil

<sup>5</sup> Cirurgiã-Dentista Graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Especialista em Prótese Dentária – IKO.

<sup>6</sup> Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP

## Resumo

A crescente valorização estética fez crescer a procura por soluções rápidas, indolores e eficazes na correção do sorriso. A técnica de reabilitação estética com laminados cerâmicos e lente de contato dental, denominadas preparos minimamente invasivos, é uma técnica muito requisitada, que utiliza pouco ou nenhum desgaste dentário e promove resultados muito satisfatórios ao paciente. Este caso clínico teve como objetivo apresentar o protocolo clínico de planejamento e execução dos preparos minimamente invasivos associado a plástica gengival enfatizando as indicações, vantagens e desvantagens desta modalidade restauradora. Para alcançar o sucesso é imprescindível um exame clínico adequado, indicação correta e planejamento do caso. O resultado apresentado após a conclusão do caso clínico mostra o alcance das expectativas estéticas da paciente com conforto e saúde.

**Descritores:** Cerâmica; Reabilitação Bucal; Estética Dentária.

## Abstract

The growing aesthetic appreciation has increased the demand for fast, painless and effective in smile correction solutions. The aesthetic rehabilitation technique with ceramic veneers and dental contact lens, called minimally invasive preparation, is a highly requested technique that uses little or no dental wear and promotes very satisfactory patient outcomes. This clinical case aimed to present the planning protocol and execution of minimally invasive preparations associated to gingival plastic approaching the indications, advantages and disadvantages of this restorative mode. To be successful it is essential an appropriate clinical examination, correct indication and planning of the case. The result presented after the conclusion of the case shows the extent of the aesthetic expectations of the patient with comfort and health.

**Descriptors:** Ceramics; Mouth Rehabilitation; Esthetics, Dental.

## Resumen

La creciente valoración estética ha aumentado la demanda de soluciones que se muestren rápidos, indolores y eficaces para la corrección de sonrisa. La técnica de rehabilitación estética con carillas de cerámica y de lentes de contacto dental, llamado preparación mínimamente invasiva, es una técnica altamente solicitado que utiliza desgaste poco o ningún del diente y promueve resultados muy satisfactorios para lo paciente. Este caso tuvo como objetivo presentar la planificación, protocolo clínico y la ejecución de la preparación mínimamente invasiva asociada con plástica gengival destacando las indicaciones, ventajas y desventajas de este modo de rehabilitación. Para tener éxito es esencial un examen clínico adecuado, indicación correcta y la planificación del caso. El resultado se presenta después de la conclusión del caso y muestra el rango de las expectativas estéticas del paciente con la comodidad y la salud.

**Descriptores:** Cerámica; Rehabilitación Bucal; Estética Dental.

## INTRODUÇÃO

A busca pela imagem perfeita é um assunto em voga que aponta para desejos e temas da atualidade. A mídia e diversos meios de comunicação, como a televisão, a internet, o celular, as redes sociais, aumentaram a preocupação das pessoas com a aparência<sup>1</sup>.

Na hierarquia de importância, os olhos seguidos do sorriso são as características faciais mais relevantes para avaliar a beleza. As pessoas chegam ao consultório com exigências estéticas altíssimas e buscam mudanças que ofereçam aspecto de naturalidade<sup>2</sup>.

Cabe ao cirurgião dentista, conhecer as expectativas de seu paciente e entender qual o seu conceito de beleza. Conceito este subjetivo, ou seja, considera o que a pessoa, individualmente, acredita ser belo. Opinião que pode ser influenciada por diversos fatores: sociais, culturais, psicológicos. É temporal, se altera em função do tempo, muda conforme os valores e a idade<sup>3</sup>.

Assim, após o profissional captar os anseios do paciente ele pode lançar estratégias para atender sua expectativa, traçando as possíveis soluções terapêuticas para iniciar o planejamento e executar o plano de tratamento.

O aumento na procura por soluções estéticas do sorriso fez com que tanto as técnicas como os materiais fossem largamente estudados e consequentemente desenvolvidos. Assim, nos dias atuais, a Odontologia proporciona tratamentos conservadores com desgaste mínimo ou nulo associado a técnicas adesivas, obtendo previsibilidade e longevidade além, é claro, da satisfação do paciente<sup>4</sup>.

O sorriso se torna mais atraente quando associamos de forma harmoniosa a estética branca, representada pelos dentes, e estética rosa associada a gengiva<sup>5</sup>.

Para alcançar a harmonia estética, frequentemente é preciso traçar um plano de tratamento multidisciplinar, associando várias especialidades para a resolução do caso clínico.

Várias são as técnicas para corrigir as discrepâncias do tecido gengival, sendo a mais comum a gengivoplastia. A abordagem periodontal deve adequar a arquitetura de forma, posição e contorno do tecido gengival para estar em harmonia com dentes, lábios e face, sem contudo comprometer a saúde do periodonto de suporte e proteção<sup>6</sup>.

As restaurações minimamente invasivas tem se mostrado uma alternativa de tratamento bem sucedida, tanto no reestabelecimento da estética dental, quanto como recurso reabilitador da função mastigatória<sup>7</sup>.

Desta forma esse trabalho tem por objetivo descrever por meio do relato de um caso, o passo a passo do protocolo clínico a ser seguido pelo

profissional para a resolução estética associando a plástica gengival e preparos minimamente invasivos.

## CASO CLÍNICO

Paciente HL, 20 anos, apresentou-se na clínica de prótese parcial fixa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, queixando-se de seu sorriso. A paciente identificava como desagradável a forma e proporção dos incisivos centrais superiores, e apontava também a alteração de cor destes elementos principalmente quando comparado aos incisivos laterais.

Foi realizado o exame clínico com o objetivo de analisar a face, o sorriso, o contorno gengival, forma, proporção e alinhamento das características dentais.

Em seguida realizou-se o protocolo de fotografia clínica: face (Figura 1), sorriso de pré-molar a pré-molar (Figura 3), sorriso lateral (Figura 2), dentes em MIH (Figura 4), dentes antero superiores em fundo preto (Figura 5).



**Figura 1.** Vista frontal do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores

O exame clínico detectou que a paciente apresentava altura do sorriso média, dentes anteriores (11 e 21) com coroa clínica curta.



**Figura 2.** Vista lateral direita e esquerda, respectivamente, do aspecto do sorriso da paciente. Observe a desarmonia de tamanho e cor entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores



**Figura 3.** Vista frontal dos dentes em oclusão denotando desarmonia de cor e forma dos mesmos



**Figura 4.** Close up da região anterior. Observe a desarmonia de cor e forma entre incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores



**Figura 5.** Close up dos dentes anteriores superiores em fundo preto

Os dentes apresentavam ausência de placa visível e de sangramento marginal a sondagem. A profundidade de sondagem variou de 1 mm a 2mm entre as faces vestibulares e interproximais, respectivamente. Em seguida foi realizado exame radiográfico.

Na mesma sessão clínica, realizou-se a moldagem da arcada superior e inferior com silicone de condensação pesado e leve pela técnica do reembasamento (Clonage, DFL).

Os moldes foram enviados ao laboratório de prótese para a obtenção dos modelos e posteriormente o enceramento. O enceramento foi orientado por meio das tomadas fotográficas e observações clínicas e também com base na queixa da paciente (Figura 6).



**Figura 6.** Vista frontal dos dentes anteriores no enceramento diagnóstico realizado sobre o modelo de estudo da paciente

Na segunda sessão clínica o caso foi apresentado a paciente em Power Point (Microsoft EUA). Nos slides explicativos foram incluídas as fotografias da paciente, radiografias e o modelo de estudo, o enceramento e as opções de tratamento. Sobre o modelo encerado foram confeccionados guias de silicone com silicone de condensação pesado (Clonage, Nova DFL). Um guia de silicone foi utilizado para o ensaio estético (*mockup*) e para a confecção dos provisórios após o preparo. O outro guia confeccionado foi recortado e separado em duas metades sendo utilizado como guia de desgaste para orientar os preparos realizados.

Posteriormente, a matriz obtida dessa moldagem foi preparada, ajustada e preenchida com a resina bisacrílica, cor A1 (Protemp 4, 3M ESPE), levada a boca da paciente e mantida em posição até a completa polimerização (4 minutos). Após a polimerização, retirou-se a matriz e removeram-se os excessos grosseiros, com a resina bisacrílica em posição.

Após acabamento e polimento do *mockup*, avaliou-se o resultado obtido pelo paciente e pelo profissional (Figura 7). Observou-se criteriosamente o novo contorno gengival estabelecido pelo *mockup* e realizou-se um teste fonético para se verificar se o ensaio restaurador interferiu nas funções de mastigação

fonação e deglutição, em função das características clínicas e anatômicas da paciente foi estabelecido o seguinte planejamento: confecção de laminados cerâmicos nos elementos 11 e 21 e de lentes de contato nos elementos 12 e 22 com cerâmica de dissilicato de lítio (IPS e.Max). A técnica de aplicação selecionada foi injetada e estratificada. Foi indicado também o recontorno estético das margens gengivais dos elementos 11 e 21 como planejado previamente no enceramento.



**Figura 7.** Close up dos dentes anteriores da paciente com o *mockup* de resina bisacrílica realizado para prova estética

A plastia gengival foi realizada tendo como ferramenta para orientação do contorno, o *mockup* (Figura 8). Foi aguardado período de 30 dias para a cicatrização do tecido (Figura 9).



**Figura 8.** Vista frontal dos dentes anteriores da paciente após a realização de *plástica gengival* nos elementos 11 e 21, como planejado no enceramento diagnóstico feito no modelo de estudo tendo como base o *mockup*. Observe a harmonia entre a forma e tamanho dos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores

Posteriormente ao período de cicatrização deu-se início ao clareamento associado. Foi realizada uma sessão de clareamento com peróxido de hidrogênio 35% ativado com laser (DMC) e orientado a utilização do peróxido de carbamida a 16%, por pelo menos duas semanas, com regime de aplicação de 4 horas diárias.

Procedeu-se então aos preparos selecionados e seus respectivos desgastes orientados pelos guias de silicone previamente confeccionados no modelo encerado (Figura 10).



**Figura 9.** Observa-se o resultado após 10 dias da cirurgia *plástica gengival*, que comprovam previsibilidade do resultado e a harmonia de face, sorriso, gengiva e dentes



**Figura 10.** Vista frontal da região anterior de maxila, com os dentes incisivos centrais superiores recebendo preparo vestibular e incisal para confecção de faceta de porcelana. Os preparos foram orientados pelos guias de silicone previamente confeccionados no modelo encerado

Os preparos dos laminados foram realizados com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen) e das lentes de contato com a ponta 2135F (KG Sorensen). As espessuras de desgaste foram averiguadas através dos guias de silicone, de forma a fornecer espaço adequado para o material cerâmico. O acabamento e regularização dos preparos foram feitos com ponta 2135F (KG Sorensen) e discos de lixa (Shofu).

Na sequência, a moldagem foi executada pela técnica do fio único (Figura 11), sendo o fio de espessura #000 (Ultrapack, Ultradent) embebido em solução hemostática a base de cloreto de alumínio (ViscostatClear, Ultradent), selecionado pela sondagem do sulco gengival e inserido com espátula de inserção de fio retrator (Ultradent, Código 171).



**Figura 11.** Preparos com o fio afastador#000 (Ultra-Pack, Ultradent) em posição. Pode-se observar os terminos cervicais nítidos

A pasta leve do silicone de adição (Flexitime, Heraus Kulzer) foi injetada no interior do sulco gengival após remoção do fio retrator#000 e por todo o preparo, concomitantemente com o proporcionamento e manipulação da massa densa, acomodada em moldeira de estoque e levada em posição no arco superior da paciente (Figuras 12 a 15).



**Figura 12.** Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime-HerausKulzer) sendo injetada no interior do sulco gengival após remoção do fio retrator #000 (Ultra-Pack, Ultradent)



**Figura 13.** Vista frontal dos dentes anteriores da paciente mostrando a pasta leve do silicone de adição (Flexitime-HerausKulzer) sobre todos os dentes preparados

Imediatamente após a realização da moldagem foi realizada a tomada de cor e o registro com fotografias (Figura 16). A seleção de cor envolve a

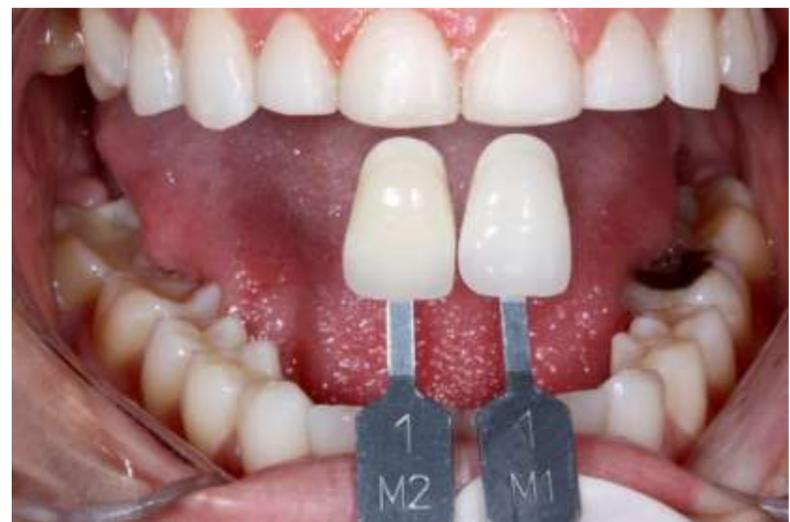
escolha da cor do substrato (1M2) e também da cor final desejada (1M1).



**Figura 14.** Vista superior da moldeira de estoque carregada para a inserção contendo a massa densa (azul) e a massa leve (verde) do silicone de adição



**Figura 15.** Moldeira de estoque selecionada para a paciente contendo a massa densa e massa leve do silicone de adição (Flexitime-HerausKulzer), e levada em posição no arco superior



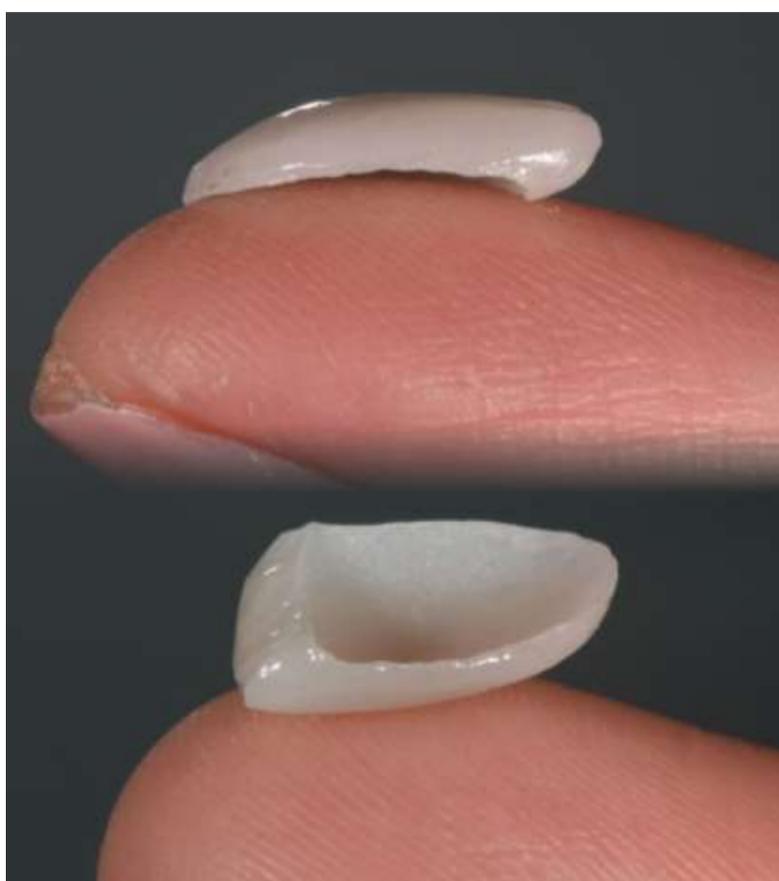
**Figura 16.** Vista frontal dos dentes anteriores da paciente durante a seleção de cor do substrato, envolvendo 1M2 e também da cor final desejada 1M1.

Após a aprovação do molde, os provisórios foram confeccionados em resina bisacrílica, cor A1, Protemp 4 utilizando o mesmo guia de silicone que se realizou o *mock up*. Os provisórios não foram cimentados, sendo apenas recortados os excessos após a presa da resina bisacrílica. A paciente foi orientada quanto à higienização e controle químico do biofilme dental.

Com as peças prontas após as fases laboratoriais (Figuras 17 a 19), a paciente foi requisitada para a sessão de provas clínicas.



**Figura 17.** Peças em fundo preto. Observe a riqueza de detalhes, a translucidez das peças e a espessura



**Figura 18.** Laminado cerâmico. Observe a espessura da peça, seu perfil de emergência, cor, e riqueza de detalhes

As peças foram delicadamente assentadas nos preparos após a remoção dos provisórios e profilaxia dos preparos com pedra-pomes e escovas Microtuft (DhPro). Sendo esta fase chamada de prova seca, onde é verificada a adaptação das peças cerâmicas aos preparos, verificando também os contatos proximais

A seguir foi realizada a prova das peças cerâmicas com a pasta *try in* para a escolha da cor do cimento (Figura 20). A cor do cimento selecionado foi o transparente. Devido à pequena espessura dos laminados e lentes de contato, foi selecionado o cimento resinoso na sua forma fotopolimerizável (Rely X Veneer, 3M Espe).

Tratando-se de um sistema cerâmico ácido sensível, a cimentação foi baseada nos princípios de

adesão que preconizam a divisão da cimentação em duas etapas:

1-Preparo do substrato restaurador: ácido fluorídrico 10% por 20 segundos, lavagem abundante e secagem, banho ultrassônico por 3 minutos em água destilada, aplicação do ácido fosfórico por 1 minuto, lavagem abundante e secagem seguida da aplicação do silano por 1 minuto e secagem com ar quente por 2 minutos (secador de cabelo);

2-Preparo do substrato dental: isolamento absoluto modificado, aplicação de pedra-pomes e água com escovas Microtuft, lavagem e secagem com papel absorvente, ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem abundante e secagem com papel absorvente, aplicação de sistema adesivo (Single Bond), remoção dos excessos do sistema adesivo, evaporação do solvente com jato de ar. Não foi realizada fotopolimerização.



**Figura 19.** Vista frontal e incisal dos laminados cerâmicos (dentes 11 e 21) e lentes de contato (dentes 12 e 22) adaptados em modelo troquelado

Todas as peças foram cimentadas simultaneamente, pois o cimento resinoso na forma fotopolimerizável permite tempo adequado de trabalho para o assentamento e adaptação das peças protéticas e remoção dos excessos. O cimento resinoso Rely X Veneer, na cor previamente selecionada foi injetado cuidadosa e diretamente na superfície interna das laminas com auxílio de espátula para inserção de resina para minimizar a incorporação de bolhas. Com as peças em posição e após o extravasamento do cimento, os excessos foram removidos com o auxílio de pincel nas superfícies livres e fio dental nas superfícies interproximais. A seguir, procedeu-se a polimerização com aparelho Bluephase (IvoclarVivadent) por 40

segundos em cada face de todos os elementos dentários envolvidos na cimentação.



**Figura 20.** Seleção de cor do agente cimentante com pastas try-in do cimento Rely X Veneer (3M Espe, São Paulo, Brasil) na cor TR e B1, respectivamente. A cor TR ficou mais homogênea, sem alteração de cor significativa

Vale ressaltar que após a cimentação, foi aplicado nas margens das restaurações, o gel de glicerina, efetuando a polimerização final na ausência de oxigênio, tal conduta, melhora a conversão do cimento resinoso, prevenindo percolação marginal e diminuindo o risco de micro infiltração marginal. A sequência do procedimento clínico envolve o ajuste oclusal cuidadoso, incluindo a checagem dos contatos em MIH (máximaintercuspidação habitual), protrusão e lateralidade (esquerda e direita). Após o ajuste as peças cerâmicas que eventualmente foram tocadas com ponta diamantada (3118F, KG Sorensen) foram necessariamente polidas com pontas de carbeto de silício (DhPro) na sequência de granulação média e fina e finalizado o polimento com feltro montado em mandril.

Imediatamente após a cimentação das peças, observa-se o aspecto final da situação oral da paciente, a boa adaptação das peças sobre os substratos dentais, a adequada colocação das lâminas, a harmonia estética e funcional do sorriso, uma vez que a forma e proporção se encontram ajustadas. Pode se notar um bom perfil de emergência e principalmente ótima saúde dos tecidos gengivais (Figuras 21 a 24).



**Figura 21.** Close up frontal, mostrando a harmonia entre dentes e contorno gengival, a mucosa gengival já totalmente reparada, ao final da restauração



**Figura 22.** Vista frontal, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração. Note como as restaurações promoveram um sorriso mais harmonioso e estético



**Figura 23.** Vista lateral, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração



**Figura 24.** Close up da vista lateral direita e esquerda, respectivamente, mostrando a harmonia entre dentes e lábios ao final da restauração

## DISCUSSÃO

Os preparos minimamente invasivos vieram suprir uma demanda de procedimentos estéticos que fossem mais conservadores, possibilitando novas composições estéticas com um menor desgaste dentário, sendo uma alternativa importante para as resinas compostas diretas<sup>2,4</sup>.

É imprescindível a correta seleção do caso, adequado plano de tratamento, planejamento, conhecimento dos aspectos técnicos inerentes ao tratamento proposto com as restaurações minimamente invasivas bem como a escolha de um sistema cerâmico adequado para obtenção dos resultados previstos.

Quando buscamos excelência estética em dentes anteriores, deve-se fazer criteriosa avaliação clínica e anatômica do comprimento da coroa dental. Muitas vezes a translucidez e opacidade do remanescente dental faz com que seja necessário o clareamento prévio para que alcancemos o resultado desejado e sem dúvida contribuir para desgaste mais conservador<sup>8,9</sup>.

O aumento da coroa clínica por meio de remoção das estruturas marginais de suporte é a solução geralmente recomendada e primeiramente considerada para o tratamento do sorriso gengival. Entretanto a variedade de condições clínicas existentes recomenda o emprego de procedimentos cirúrgicos específicos<sup>5,10,11</sup>.

Para conferir o comprimento ideal da coroa dental lançamos mão do *mockup*, que em reabilitações estéticas terá a função de diagnóstico, planejamento e guia das cirurgias periodontais. Através dele vamos determinar a quantidade de gengiva que deve ser removida, otimizando essa etapa e fazendo com que nossos resultados sejam previsíveis, buscando sempre harmonia, equilíbrio e naturalidade no resultado estético.

A respeito das cerâmicas, podemos dividi-las em dois grupos: as cerâmicas ácido sensíveis e as ácido resistentes. Os sistemas cerâmicos ácido sensíveis (cerâmicas feldspáticas, feldspáticas reforçadas por leucita e dissilicato de lítio) são as mais indicadas em situações de preparos sem propriedades retentivas, como nos casos de laminados, lentes e fragmentos cerâmicos, pois são cerâmicas adesivas permitindo

condicionamento da sua superfície interna e possibilidade adesiva ao substrato dentário<sup>12</sup>.

As cerâmicas a base de dissilicato de lítio permitem o condicionamento da superfície interna da restauração com ácido fluorídrico, criando micro retenções, isso aumenta a capacidade de união ao substrato dentário. Elas são bastante indicadas para tratamentos com laminados e fragmentos cerâmicos devido as suas particularidades. Agregam ainda boa resistência flexural (400 Mpa) e força adesiva ao substrato dentário.

O sistema cerâmico à base de dissilicato de lítio denominado IPS e.Max (IvoclarVivadent), muito utilizado para confecção de laminados cerâmicos e fragmentos cerâmicos (lentes de contato), ele diverge dos demais devido a melhora em suas características laboratoriais. Nesse sistema observamos uma melhora significativa em suas características, como excelente resistência flexural e resistência à fratura principalmente quando instalado com cimentação adesiva, excelentes características ópticas, que proporcionam ótima estética.

Estudos clínicos citados por Nordbo et al.<sup>13</sup>, Shetty et al.<sup>14</sup> e Layton et al.<sup>15</sup> mostraram que as restaurações cerâmicas adesivas são resistentes, apresentam ótima longevidade e são esteticamente muito agradáveis, não afetando adversamente o periodonto. Sendo assim, as vantagens desse tipo de restauração podem estar relacionadas ao material propriamente dito e ao método em si.

## CONCLUSÃO

As restaurações minimamente invasivas representam soluções estéticas e funcionais de alta qualidade, aliando requisito de preparos conservadores e ultra-conservadores a qualidade, resistência e estética agradáveis.

A abordagem multidisciplinar associando plástica gengival às restaurações estéticas adesivas permite resolução de casos envolvendo estética rosa e branca.

Os procedimentos técnicos estão consolidados apresentando previsibilidade e longevidade. No entanto, há que se ressaltar a necessidade de conhecimento aprofundado na indicação das cerâmicas e execução impecável do procedimento clínico para alcançar o sucesso nesta modalidade restauradora.

## REFERÊNCIAS

1. Martin AJ, Buschang PH, Boley JC, Taylor RW, McKinney TW. The impact of buccal corridors on smile attractiveness. *Eur J Orthod.* 2007;29(5):530-7.
2. Kina S, Bruguera A, Romanini JC. Cerâmicas Dentárias. In: *Invisível: restaurações estéticas.* Maringá: Dental Press, 2007. p.125-183.

3. Fradeani M. Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. *Eur J Esthet Dent*. 2006;1(1):62-9.
4. Ahmad I. Protocolos para restaurações estéticas previsíveis. Porto Alegre: Artmed, 2008.
5. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(1):39-45.
6. Andrade CM, Vieira D. Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. *Só técnicas estéticas*. 2004;1(2):57-60.
7. Kina S, Bruguera A. Laminados cerâmicos. *Rev Dent Press Estet*. 2006;3(2):45-6.
8. Apayco LCC, Atta MT, Bassegio W, Francischone CE, Navarro MFL. Reabilitação estética de incisivos centrais superiores facetas de porcelana: Relato de um caso clínico. *Anais do XVIII Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Dentística, Foz de Iguacu*. 2009.
9. Andrade OS, Romanini JC. Protocolo para laminados: relato de um caso clínico. *Rev Dental Press Estet*. 2004;1(1):7-17.
10. Bottino MA, Faria R, Valandro LF. Percepção: facetas laminadas cerâmicas. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
11. Araújo E. Fragmento cerâmico, uma alternativa para a realização de tratamentos estéticos minimamente invasivos. *Clinica-Int J Braz Dent*. 2010;6(1):1-11.
12. Di Matteo AM. Prep VS no-prep: the evolution of veneers. *Inside Dentistry*. 2009;5(6):72-9.
13. Nordbo H, Rygh-Thorensen N, Henaug T. Clinical performances of porcelain laminate veneers without incisal overlapping: 3-year results. *J Dent*. 1994;22(2):342-5.
14. Shetty A, Kaiwar A, Shubhashini N, Ashwini P, Naveen D, Adarsha M, et al. Survival rates of porcelain laminate restoration based on different incisal preparation designs: an analysis. *J Conserv Dent*. 2011;14(1):10-5.
15. Layton DM, Clarke M. A Systematic review and meta-analysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. *Int J Prosthodont*. 2013;26(2):111-24.

## CONFLITO DE INTERESSES

---

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

---

**Adriana Cristina Zavanelli**

zavanelliac@foa.unesp.br

**Submetido em** 03/04/2015

**Aceito em** 13/04/2015