

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JÉSSICA MIRANDA FERREIRA

**RECUPERAÇÃO DA ESTÉTICA DENTAL POR MEIO DO USO DE COROA E
FACETAS METAL FREE: RELATO DE CASO**

**PATOS-PB
2018**

JÉSSICA MIRANDA FERREIRA

**RECUPERAÇÃO DA ESTÉTICA DENTAL POR MEIO DO USO DE COROA E
FACETAS METAL FREE: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luanna Abílio Diniz Melquiades de Medeiros

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Gymenna Maria Tenório Guênes

**PATOS-PB
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSTR

F383r

Ferreira, Jéssica Miranda

Recuperação da estética dental por meio do uso de coroa e facetas metal free: relato de caso / Jéssica Miranda Ferreira. – Patos, 2018.

46f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Luanna Abílio Diniz Melquiades de Medeiros.”

“Co-Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Gymenna Maria Tenório Guênes.”

Referências.

1. Estética Dentária. 2. Facetas Dentárias. 3. Prótese Parcial Fixa. I. Título.

CDU 616.314-77

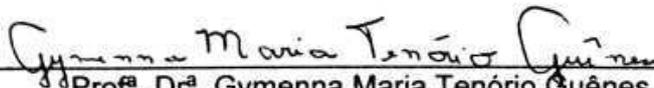
JÉSSICA MIRANDA FERREIRA

**RECUPERAÇÃO DA ESTÉTICA DENTAL POR MEIO DO USO DE COROA E
FACETAS METAL FREE: RELATO DE CASO**

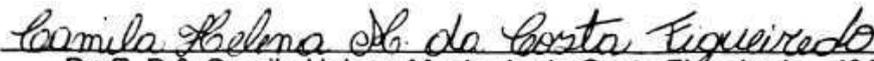
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 08/02/2018

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Gymenna Maria Tenório Guênes - Coorientadora
Universidade Federal De Campina Grande – UFCG



Prof.^a. Dr.^a. Camila Helena Machado da Costa Figueiredo - 1º Membro
Universidade Federal De Campina Grande – UFCG



Prof.^a. Dr.^a. Fátima Roneiva Alves Fonseca - 2º Membro
Universidade Federal De Campina Grande - UFCG

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **Deus**, por sempre se fazer presente na minha vida, iluminando meus passos e me cercado de pessoas maravilhosas, que me ajudaram a chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, **Pedro** e **Janete**, por serem os melhores exemplos de pessoa que eu poderia ter, por serem minha base e não medirem esforços para me proporcionar sempre o melhor que está ao alcance deles, me incentivando a crescer cada vez mais.

A meu irmão **Caio**, às minhas tias **Zilva** e **Janeide** e às de coração, **Paixão** e **Raimundinha**, por todo o apoio.

Aos meus amigos de longa data **Jarissa**, **Tananda**, **Danielly**, **Greyce**, **Luana Avelino**, **Luanna Elvas**, **Karol Paz** e **Matheus Gomes**, por serem as melhores influências e estarem sempre comigo, torcendo por mim e me apoiando mesmo que de longe.

Agradeço às pessoas que foram como uma família para mim em Patos, em especial à Josilma, minha querida **Vivi**, por ser como uma segunda mãe, sempre se preocupando comigo e cuidando de mim. A **Thallyson**, que mais que um amigo, foi um irmão, não apenas me ajudando em tudo que eu precisasse, mas também me incentivando a me tornar uma pessoa melhor. A **Luanna Araújo**, **Aline Raiane**, **Paulo Henrique**, **Maria** e **Felipe Amorim**, os melhores amigos vizinhos que eu poderia ter. E a **Igor**, que apesar da pouca convivência, tornou-se um bom amigo.

Agradeço também aos amigos que a universidade me proporcionou. A **Gabriel**, **Rodrigo**, **Felipe Braga**, **Ronny** e **José Carlos**, por serem os primeiros a me acolherem. A **Nilo**, **Gilvânia**, **Izaneide** e **Hannah**, por serem as melhores pessoas que eu poderia conhecer. A **Henrique**, esse ser alegre, de coração bom, que foi minha dupla na LADO. À **Andrezza**, por ser essa pessoa tão generosa, com quem tive o prazer de ter uma vivência maior durante o aperfeiçoamento que fizemos juntas; e a sua mãe **Izabel**, um amor de pessoa, sem a qual esse TCC não seria possível.

Agradeço também a todos os professores, por serem exemplos não só de profissionais, mas de seres humanos, em especial à minha orientadora **Luanna Abílio**

e à minha coorientadora **Gymenna Tenório**. E aos funcionários da universidade, em especial **Damião, Pollyana, Laninha, Vânia e Diana** por estarem sempre prontos para ajudar.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que eu concluísse essa etapa da minha vida. Muito obrigada!

RESUMO

Além do restabelecimento da saúde, os pacientes buscam cada vez mais tratamentos odontológicos que proporcionem um sorriso dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade. Dessa forma, as consultas odontológicas deixaram de ter apenas a finalidade de melhoria da função dentária, para possuírem também objetivos estéticos, contribuindo para melhoria da saúde física, mental e social dos indivíduos. O intuito do presente trabalho foi, então, a apresentação de um caso clínico, no qual se propôs reabilitar o sorriso de uma paciente por meio da instalação de uma coroa e cinco facetas metal free. Foi fundamental o trabalho conjunto do cirurgião-dentista e do protético e a colaboração do paciente, sendo possível, por meio de um bom planejamento do caso, execução adequada da técnica e controle e manutenção periódica, proporcionar ao paciente uma estética dentária dentro dos padrões tão valorizados atualmente, com conseqüente aumento da sua autoestima e melhoria nas suas relações interpessoais.

Palavras-chave: Estética Dentária. Facetas Dentárias. Prótese Parcial Fixa.

ABSTRACT

In addition to restoring health, patients seek more and more dental treatments that provide a smile within the society's standards of beauty. In this way, the dental consultations are no longer solely for the purpose of improving the dental function, to also possess aesthetic objectives, contributing to improve the physical, mental and social health of patients. The goal of the present study was, then, to present a clinical case, in which it was proposed to rehabilitate the smile of a patient through the installation of dental all-ceramic crown and five dental veneers. The collaborative work of the dentist and the prosthetic and patient effort was fundamental, only being possible through a good planning of the case, adequate execution of the technique, control and periodic maintenance, to provide the patient with aesthetic dentistry within the society's standards of beauty today, consequently increasing their self-esteem and improving their interpersonal relationships.

Keywords: Dental Esthetics. Dental Veneers. Fixed Partial Denture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aspecto clínico inicial do sorriso.	26
Figura 2	Enceramento diagnóstico em vista frontal (A) e oclusal (B).	27
Figura 3	Aspecto clínico após 3 sessões de clareamento dental.	27
Figura 4	Ensaio restaurador. Molde da região encerada (A), preenchido com resina bisacrílica (B) para confecção de mock-up (C).	28
Figura 5	Guias de desgaste seletivo (A e B).	28
Figura 6	Prova (A) e acomodação (B) de pino de fibra de vidro.	28
Figura 7	Dentes com desgastes seletivos, em vista vestibular (A) e oclusal (B).	29
Figura 8	Moldagem por meio de técnica de dupla impressão. Inicialmente moldagem com material pesado (A), seguida de remoção de fio retrator (B) e segunda moldagem utilizando material leve (C).	29
Figura 9	Restauração provisória.	30
Figura 10	Aplicação de ácido fluorídrico 10% (A), ácido fosfórico 37% (B), silano (C) e sistema adesivo (D) nas peças cerâmicas; e aplicação de ácido fosfórico 37% (E) em esmalte e adesivo (F) no substrato dental.	30
Figura 11	Cimentação das peças cerâmicas, com remoção de excesso de agente cimentante.	31
Figura 12	Aspecto clínico final, com tratamento concluído.	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1	ODONTOLOGIA ESTÉTICA.....	12
2.2	TRATAMENTOS RESTAURADORES INDIRETOS	12
2.3	PLANEJAMENTO DO CASO	13
2.4	TIPOS DE RESTAURAÇÕES INDIRETAS E DE PREPAROS DENTÁRIOS	14
2.5	TÉCNICAS DE MOLDAGEM EM PRÓTESE FIXA	15
2.6	CERÂMICAS ODONTOLÓGICAS	16
2.7	MATERIAIS E TÉCNICAS PARA CIMENTAÇÃO E ACABAMENTO	17
2.8	CUIDADOS PÓS-TRATAMENTO	18
	REFERÊNCIAS	19
3	ARTIGO	23
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	40
	ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS - PROSTHESIS	
	LABORATORY IN SCIENCE	41

1 INTRODUÇÃO

O nível de exigência estética envolvendo a imagem pessoal é tão grande, que detalhes no sorriso como alterações de forma, posição e coloração dos dentes, que anteriormente passavam despercebidos pela maior parte da população, atualmente não só são observados, como pesam bastante na autoestima, influenciando as relações interpessoais. As consultas odontológicas deixaram de ter apenas a finalidade de melhoria da função dentária, para possuírem também objetivos estéticos, contribuindo para melhoria da saúde física, mental e social dos indivíduos (MARCONDES; PIRES; BOCUTTI, 2012; SAKAMOTO JUNIOR; HIGASHI; GOMES, 2015).

Para atender às expectativas dos pacientes, cabe ao dentista a tarefa de executar restaurações semelhantes aos dentes naturais (PASTOR et al., 2014), conservadoras e duradouras; ao mesmo tempo em que vão sendo desenvolvidas técnicas minimamente invasivas e materiais mais biocompatíveis (DURÃO, 2015).

Dentre esses materiais, destacam-se as cerâmicas, que apresentam excelentes propriedades mecânicas e ópticas, oferecendo durabilidade (AYRES et al., 2014), estabilidade de cor, lisura superficial, resistência à abrasão, coeficiente de expansão térmica e rigidez próximos aos da estrutura dentária (GIRAY et al., 2014; MAGNE; BELSER, 2012).

Os laminados cerâmicos vêm se destacando ao unir o uso da cerâmica à necessidade de pequenos desgastes dentais, realizados apenas para criar espaço suficiente e eixo de inserção adequado para acomodar a peça. Esses desgastes podem ser um pouco maiores ou menores dependendo da inclinação do dente e do seu grau escurecimento (CALIXTO; MASSING, 2013a).

Quando um dente se apresenta mais escurecido, torna-se necessária a remoção de uma quantidade maior de estrutura dental (KABBACH, 2016), visto que a aplicação de diferentes tons de cimentos resinosos não é capaz de mascarar a cor do substrato dentário (DOZIC et al., 2010). Diante disso, a confecção de coroa cerâmica pura (metal free), pode ser uma solução.

Coroas metal free apresentam vantagem estética em relação às metalocerâmicas, uma vez que tornam possível uma melhor estratificação de cores, mimetizando bem a aparência de dentes naturais (LIMA; CARVALHO; CRAVO, 2010), além disso, por não conter cinta metálica, não apresentam zona de sombreamento

cervical, nem correntes galvânicas, o que contribui pra manutenção da saúde periodontal e pulpar (SCUSSEL, 2016).

Logo, para se obter previsibilidade do resultado e conseqüentemente sucesso clínico em casos de correção estética, é fundamental um planejamento individualizado, levando em consideração as características e anseios do paciente para escolher os materiais e técnicas que mais se adequem a cada caso. O uso de fotografias e modelos de enceramento diagnóstico auxiliam nesse processo e facilitam a comunicação com o protético, o qual exerce papel ativo, juntamente com o dentista, no resultado final (QUEIROGA, 2012; SOARES, 2017).

Assim sendo, o intuito do presente trabalho foi a apresentação de um caso clínico, no qual se propôs reabilitar o sorriso de uma paciente por meio da instalação de uma coroa e cinco facetas metal free, trazendo-lhe melhoria na qualidade de vida ao restabelecer a harmonia dental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Além do restabelecimento da saúde, os pacientes buscam cada vez mais tratamentos odontológicos que proporcionem um sorriso dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade (SILVA et al., 2015).

Para tanto é fundamental, entre outros fatores, a harmonia entre o sorriso e a face, a qual pode ser obtida de forma objetiva analisando-se vários parâmetros como: linha do sorriso e dos lábios, localização da linha média dentária e facial, angulações dos incisivos, relações de altura e largura dos dentes anteriores maxilares, contorno da gengiva, cobertura da raiz e altura da papila gengival (FREESE; STAEHLE; WOLFF, 2012).

Além disso, para atender aos anseios e expectativas dos pacientes, a odontologia restauradora atual trabalha com Biomimetismo, almejando restaurações com características similares às dos dentes naturais, que reproduzam os efeitos do esmalte e da dentina (ANNIBELLI et al., 2015).

Essas características são possíveis de serem obtidas graças aos avanços científicos em relação aos materiais odontológicos, em especial quanto à adesão às estruturas dentais. Assim, novas técnicas e possibilidades fazem com que a Odontologia Estética alcance as mudanças de cor, forma e alinhamento dentário requeridas pelos pacientes às custas de pouco desgaste de tecido sadio (AYRES et al., 2014; COELHO et al., 2013).

Dessa forma, restaurações de dentes anteriores mais conservadoras podem ser alcançadas tanto pelo uso de materiais cerâmicos, quanto de resina composta (AYRES et al., 2014). O cirurgião-dentista deve, então, balancear as necessidades funcionais e desejos do paciente para definir além da melhor opção de material restaurador, a técnica mais adequada para o caso: direta ou indireta (ARBEX FILHO, 2016).

2.2 TRATAMENTOS RESTAURADORES INDIRETOS

Estudos com acompanhamento clínico apontam bons resultados de restaurações indiretas quanto à estética, adaptação marginal, ausência de

sensibilidade, estabilidade oclusal e restabelecimento do ponto de contato, o qual é importante para a saúde periodontal marginal (GUSIYSKA, 2015).

As restaurações indiretas também podem propiciar uma resposta mecânica próxima à do dente (AUSIELLO et al., 2017) e sua confecção não concentra nas mãos do dentista toda a responsabilidade quanto ao conhecimento técnico e destreza manual, mas divide-a com o protético (ARBEX FILHO, 2016).

Logo, quando uma restauração direta é muito difícil para o operador, uma indireta pode ser mais bem sucedida. Esta permite o projeto pré-operatório com cera e melhor gerenciamento da oclusão e dimensão vertical, sendo bem indicada para reabilitações extensas. Além disso, nos casos em que se faz necessário rigor estético, garante maior precisão e controle sobre a morfologia final (OPDAM; FRANKENBERGER; MAGNE, 2016).

Por outro lado, o seu custo é maior, não só pelo material ser mais caro, mas também pela necessidade de mais passos clínicos, como moldagem e confecção de provisórios. Por consequência há necessidade de mais sessões clínicas, o que torna o tempo para conclusão do tratamento maior. Além disso, há fragilidade da peça, que pode fraturar antes ou depois da cimentação, havendo dificuldade de reparo (BIAVA, 2013).

Para que o sucesso clínico seja alcançado é fundamental a execução de cada passo de forma cuidadosa e com rigor técnico (CALIXTO; MASSING; BARROTE, 2014).

2.3 PLANEJAMENTO DO CASO

O primeiro passo para a produção de restaurações indiretas em dentes anteriores é o planejamento, o qual é feito a partir de análise estética com auxílio de fotografias, que registram as características dos dentes e da face do paciente para serem apresentadas ao ceramista e assim serem usadas como referência para confecção do enceramento diagnóstico. Este, por sua vez, é um esboço da morfologia dentária a ser alcançada pelo tratamento (CALIXTO; MASSING, 2012).

O enceramento facilita a comunicação com o paciente e tem o intuito de fornecer uma solução personalizada em relação à estética e à função, principalmente em casos complexos e reabilitações extensas (MEIRELLES; BAVIA; VILANOVA, 2013).

Uma maior previsibilidade do tratamento é possível, ainda, graças ao mock-up: um ensaio restaurador colocado na boca do paciente para simular o resultado final. Ele é confeccionado a partir de um molde do enceramento diagnóstico, feito com uma guia de silicone, que é preenchida preferencialmente com resina bisacrílica; e permite avaliar esteticamente e funcionalmente as futuras restaurações, fazendo-se, caso o dentista e/ou paciente julgue necessário, ajustes que serão repassados para o ceramista (SOARES et al., 2015).

2.4 TIPOS DE RESTAURAÇÕES INDIRETAS E DE PREPAROS DENTÁRIOS

Entre as mudanças ocorridas na Odontologia Restauradora, os avanços quanto aos materiais e técnicas resultaram também na modificação de preparos tradicionais, como os para coroas totais, e na criação de restaurações cerâmicas parciais: *inlays*, *onlays*, *overlays*, fragmentos e facetas (BARATIERI et al., 2015).

Laminados cerâmicos, que incluem as facetas, possibilitam um preparo dentário mais conservador pelo fato de não precisar da confecção de fatores de retenção mecânica. Assim, remove-se apenas a quantidade de tecido necessária para criar espaço e eixo de inserção para a peça. Nesses casos, a adesão às estruturas dentárias proporcionada pelos sistemas adesivos e cimentos resinosos ajuda a reforçar a resistência estrutural (KINA, 2014).

Porém, deve-se atentar para a adequada indicação do tratamento, que inclui: dentes com leve escurecimento, discretas alterações de posição e forma, pequenas correções no terço incisal, restaurações deficientes na vestibular e necessidade de restabelecimento da guia anterior ou canina; uma vez que quando o uso de facetas é mal indicado, a probabilidade de necessidade de reintervenções é maior do que para coroas cerâmicas. Dessa forma, dependendo da quantidade ou qualidade de tecido dentário remanescente, a confecção de coroas pode ser mais bem indicada (BARATIERI et al., 2015).

Coroas metal free, entre outras indicações, podem ser usadas também para alinhar dentes mal posicionados, nos casos em que o paciente não quer realizar tratamento ortodôntico; ou para alterar a cor de dentes tratados endodônticamente que mesmo após realização de clareamento dental, continuam escurecidos (COPPLA et al., 2014).

Além de proporcionar estética parecida com a estrutura dental, coroas cerâmicas ainda são biocompatíveis e apresentam propriedades físicas e mecânicas apropriadas, apresentando-se como uma melhor opção em relação às tradicionais coroas metalocerâmicas e às metaloplásticas (ROSSATO et al., 2010).

Os preparos dentários devem ter espaço suficiente para permitir uma espessura de material restaurador que mantenha suas propriedades mecânicas e não interfira na oclusão nem no contorno dos dentes (RAPO SO et al., 2015).

Convencionalmente, uma forma de realizar os preparos dentários é através do desgaste com espessura padronizada para cada região do dente, como, por exemplo, através da técnica da silhueta (ARAÚJO, 2011).

A partir do enceramento diagnóstico, porém, é possível confeccionar guias de preparo vestibulares, palatinas e/ou de perfil, que permitem verificar a quantidade de desgaste exigida em cada parte do dente para acomodar a peça cerâmica (CALIXTO; MASSING, 2013d). Assim, evita-se o desgaste desnecessário de estrutura dental sadia.

2.5 TÉCNICAS DE MOLDAGEM EM PRÓTESE FIXA

Com o intuito de reproduzir todos os detalhes do preparo e a relação dos dentes entre si e com os tecidos adjacentes, realiza-se a moldagem (AGRA et al., 2014).

A silicona de adição é uma excelente opção como material de moldagem, uma vez que possibilita múltiplos vazamentos sem distorções em um período de 7 (SOARES et al., 2012) ou até 14 dias (CALIXTO; MASSING, 2013a).

Em preparações com términos subgengivais são utilizados dois fios retratores, através da técnica de duplo fio: um de espessura menor, com a função de manter o fluido sulcular e provocar afastamento gengival vertical; seguido por outro de espessura maior, com intuito de deslocar a gengiva no sentido horizontal. Já em términos a nível gengival ou supragengival, o uso de apenas um fio é suficiente: fio de espessura menor e maior, respectivamente (CALIXTO; MASSING, 2013a).

A aplicação do material de moldagem, por sua vez, pode se dar pela técnica de passo único ou pela dupla moldagem. Enquanto o passo único apresenta maior probabilidade de falhas, especialmente se a moldeira não for inserida no eixo correto;

a dupla moldagem oferece como vantagem um maior controle, desde que seja realizado um alívio adequado do material pesado para inserção da pasta fluida, o qual pode ser feito colocando-se uma lâmina de plástico sobre o material (AGRA et al., 2014).

2.6 CERÂMICAS ODONTOLÓGICAS

Para escolha do material cerâmico entre as diversas opções oferecidas pelo mercado, de acordo com Gracis et al. (2015), o clínico frequentemente utiliza como critérios: resistência, grau de translucidez, técnicas de fabricação, preferência do laboratório e publicidade.

Quando se trata de laminados cerâmicos, sistemas cerâmicos condicionáveis são os utilizados devido às características estéticas e ópticas aliada ao valor adesivo. Entre essas cerâmicas, estão as feldspádicas, as reforçadas por leucita e por dissilicato de lítio (BARATIERI et al., 2015).

O dissilicato de lítio é uma cerâmica de matriz vítrea que vem sendo cada vez mais utilizada como material monolítico por proporcionar resultados altamente estéticos (GRACIS et al., 2015).

Entre os sistemas disponíveis atualmente, o IPS e-max combina qualidade estética com alta resistência e possibilita duas opções técnicas: injeção, através das pastilhas IPS E-max Press (cerâmica de dissilicato de lítio) ou IPS E-max ZirPress (cerâmica vítrea para ser sobre-injetada em estruturas de óxidos de zircônia); e CAD/CAM, por meio de IPS E-max CAD (blocos de dissilicato de lítio), e IPS e.max ZirCAD (bloco de óxido de zircônia). Com esses materiais se constrói infraestruturas que são cobertas por uma cerâmica a base de fluorapatita, o IPS E-max Ceram, com intuito de obter-se uma estratificação (SILVA, 2012).

Ao mesmo tempo que proporciona excelentes propriedades ópticas, o dissilicato de lítio possibilita alta resistência mecânica (ZARONE et al., 2016). Essa resistência, combinada com a tenacidade à fratura, torna-o indicado não só para laminados, mas também para restaurações do tipo *onlay*, *inlay*, próteses parciais fixas de três elementos até a região de 2º pré-molar e coroas unitárias (RAPOSO et al., 2015).

Embora sua translucidez seja inferior às cerâmicas feldspádicas convencionais, sua resistência é bem maior tanto em relação à estas, quanto às

cerâmicas reforçadas por leucita. A resistência à flexão, que já é boa, em torno de 300 a 400 Mpa (RAPOSO et al., 2015), ainda pode aumentar quando o cimento resinoso é aplicado (XIAOPING; DONGFENG; SILIKAS, 2014).

2.7 MATERIAIS E TÉCNICAS PARA CIMENTAÇÃO E ACABAMENTO

O estabelecimento de uma ligação adesiva bilateral entre cimento-cerâmica e cimento-dentina é muito importante para restaurações indiretas biomiméticas (GUSIYSKA, 2015). Dessa forma, seguindo o protocolo para isolamento do campo operatório, tratamento da peça protética e do substrato dental e cimentação propriamente dita, obtém-se sucesso e longevidade da restauração (QUEIROZ, 2014).

Cerâmicas à base de dissilicato de lítio, por conterem grande quantidade de fase vítrea, são condicionadas com ácido fluorídrico. Em seguida, são colocadas em uma cuba ou condicionadas com ácido fosfórico (37-40%), para remoção do pó cerâmico depositado sobre a superfície. Então é necessária a aplicação de silano para por fim, empregar o cimento (CALIXTO; MASSING, 2013b).

Para áreas estéticas, os cimentos de escolha são à base de resina. Estes apresentam vantagens como: alta dureza, baixa solubilidade, propriedades mecânicas elevadas e boa estética (PEGORARO; SILVA; CARVALHO, 2007).

Porém, existem vários tipos de cimentos resinosos no mercado, com particularidades quanto ao mecanismo de condicionamento dentário e quanto ao tipo de cura. Em relação ao condicionamento dentário, podem ser convencionais do tipo que necessitam de condicionamento ácido prévio com ácido fosfórico a 37 ou 40%, lavagem e aplicação de adesivo; autocondicionante, com aplicação apenas de adesivo autocondicionante; e autoadesivos, que dispensam o uso de ácido fosfórico e de adesivo. Já em relação ao tipo de cura, podem ser químico, fotopolimerizável ou dual (CALIXTO; MASSING, 2013c).

A realização de condicionamento convencional e emprego de cimento de dupla cura garante uma boa força de ligação. No entanto, nos casos em que se pretende reduzir o tempo de execução e simplificar o procedimento pós-cimentação, o cimento autoadesivo é bem indicado (MIGLIAU, 2017).

Após a cimentação, faz-se necessária ainda a realização de acabamento e polimento para disfarçar a interface dente restauração. O acabamento pode ser feito

com pontas diamantadas de granulação fina ou extrafina, seguida do polimento com polidores diamantados e escovas de polimento (CALIXTO; MASSING, 2013b).

2.8 CUIDADOS PÓS-TRATAMENTO

Após a conclusão do tratamento, mesmo que tenham sido utilizados os melhores materiais e seguindo rigidamente o protocolo, a longevidade das restaurações cerâmicas será influenciada pela manutenção periódica. Esta manutenção tem enfoque na prevenção e promoção de saúde, visando evitar a necessidade de grandes procedimentos interventivos (OLIVEIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, F. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

REFERÊNCIAS

- AGRA, C. M. et al. Moldagem protética em dois passos – detalhes técnicos. **Journal of Bi dentistry and Biomaterials**. v. 4, n.1, p. 36-50, 2014.
- ANNIBELLI, R.L. et al. Restabelecimento do sorriso utilizando facetas em dissilicato de lítio. **Revista Dental Press de Estética**. v.12, n. 1, p. 34-44, 2015.
- ARAÚJO, F. C. C. **Técnica da silhueta**: modificação. 2011. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- ARBEX FILHO, J. Resina composta direta x laminados cerâmicos: a escolha. **Journal of Clinical Dentistry and Research**. v.13, n. 3, p. 45-52, 2016.
- AUSIELLO, P. et al. Mechanical behavior of bulk direct composite versus block composite and lithium disilicate indirect Class II restorations by CAD-FEM modeling. **Dental Materials**. v. 33, n. 6, p. 690-701, 2017.
- AYRES, A. P. A. et al. Associação de técnicas: fechamento de diastema com resina composta e laminado cerâmico em incisivo lateral conoide. **Revista Dental Press Estética**. v. 11, n. 3, p. 60-70, 2014.
- BARATIERI, L.N. et al. **Odontologia Restauradora**: Fundamentos e Possibilidades. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.
- BIAVA, C. **Facetas**: resinas ou cerâmicas. 2013. 58f. TCC (Graduação) – curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- CALIXTO, R.; MASSING, N. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: moldagem e comunicação laboratorial. **Revista Dental Press Estética**. v. 10, n. 2, p. 24-37, 2013a.
- _____. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: cimentação – parte 1. **Revista Dental Press Estética**. v. 10, n. 3, p. 14-30, 2013b.
- _____. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: cimentação – parte 2. **Revista Dental Press Estética**. v.10, n. 4, p. 14-26, 2013c
- _____. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: preparos e provisórios. **Revista Dental Press Estética**. v. 10, n. 1, p. 16-30, 2013d.
- CALIXTO, R.; MASSING, N. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores. **Revista Dental Press Estética**. v. 9, n. 4, p. 20-7, 2012.
- CALIXTO, R.; MASSING, N.; BARROTE, L. G. O passo-a-passo restaurador: restabelecimento estético-funcional com laminados cerâmicos. **Revista Dental Press Estética**. v. 11, n. 3, p. 16-27, 2014.

COELHO, G. S. et al. Previsibilidade e segurança na reabilitação estética anterior usando-se laminados cerâmicos – relato de caso clínico. **Clínica Internacional Journal of Brazilian Dentistry**. v. 9, n. 2, p. 152-65, 2013.

COPPLA, F. M. et al. Restaurações estéticas indiretas: relato de caso clínico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 68, n. 3, p. 238-43, 2014.

DOZIC, A. et al. Color management of porcelain veneers: influence of dentin and resin cement colors. **Quintessence International**. v. 41, n. 7, p. 567-73, 2010.

DURÃO, M. A. et al. Estética conservadora utilizando sistema IPS e.max Press Impulse: relato de caso. **Revista Dental Press Estética**. v. 12, n. 3, p. 84-93, 2015.

FREESE, C.; STAEHLE, H. J.; WOLFF, D. The assessment of dentofacial esthetics in restorative dentistry: a review of the literature. **Journal of the American Dental Association**. v. 143, n. 5, p. 461-466, 2012.

GIRAY, F. E. et al. Evaluation of the bond strength of resin cements used to lute ceramics on laser-etched dentin. **Photomedicine and Laser Surgery**. v. 32, n. 7, p. 413-421, 2014.

GRACIS, S. et al. A new classification system for all-ceramic and ceramic-like restorative materials. **The International Journal of Prosthodontics**. v. 28, n. 3, p. 227-235, 2015.

GUSIYSKA, A. Indirect Biomimetic Restorations in Posterior Teeth- A Clinical Study of Main Principles - Case Series. **International Journal of Science and Research**. v. 4, n. 5, p. 497-503, 2015.

KABBACH, W. Tratamentos restauradores sem desgaste dentário. **Journal of Clinical Dentistry and Research**. v. 13, n. 4, p. 20-26, 2016.

KINA, S. **Estudo clínico retrospectivo de restaurações cerâmicas do tipo laminado sobre dentes com ou sem preparo dentário: 1 a 5 anos de acompanhamento**. 2014. 83 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

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

MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética**. São Paulo: Quintessence, 2012.

MARCONDES, R; PIRES, H. C. S.; BOCUTTI, J. H. Lâmina cerâmica unitária sobre substrato escurecido: protocolo clinicolaboratorial com estratificação em duas camadas. **Revista Dental Press Estética**. v. 9, n. 4, p. 28-44, 2012.

MEIRELLES, L.; BAVIA, P. F.; VILANOVA, L. S. R. Aplicações clínicas do enkeramento diagnóstico na reabilitação oral: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**. v. 23, n. 1, p. 20-25, 2013.

MIGLIAU, G. et al. Comparison between three glass fiber post cementation techniques. **Annali di Stomatologia**. v. 8, n.1, p. 29-33, 2017.

OLIVEIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, F. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, F. C. Manutenção periódica preventiva em dentística. In: CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística: Saúde e estética**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 561-568.

OPDAM, N. J. M.; FRANKENBERGER, R.; MAGNE, P. From 'Direct Versus Indirect' Toward an Integrated Restorative Concept in the Posterior Dentition. **Operative Dentistry**. v. 41, n. S7, p. S27-S34, 2016.

PASTOR, F. P. et al. Odontologia digital: restauração anterior cerâmica sem moldagem em sessão única - Parte 1. **Revista Dental Press Estética**. v. 11, n.4, p. 47-59, 2014.

PEGORARO, T. A.; SILVA, N. R.; CARVALHO, R. M. Cements for use in esthetic dentistry. **Dental Clinics of North America**. v. 51, n. 2, p. 453-471, 2007.

QUEIROGA, R. B. Laminados cerâmicos minimamente invasivos: novas possibilidades. **Revista Dental Press Estética**. v. 9, n. 1, p. 34-47, 2012.

QUEIROZ, R. M. **Cimentação adesiva de restaurações indiretas livres de metal**. 2014. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

RAPOSO, L. H. A. et al. Restaurações totalmente cerâmicas: características, aplicações clínicas e longevidade. In: Pinto, T.; Verri, F.R.; Carvalho-Júnior O.B.. (Org.). **Pro-Odonto Prótese e Dentística**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. v. 2, p. 47-113.

ROSSATO, D. M. et al. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. v. 7, n. 4, p. 494-498, 2010.

SAKAMOTO JUNIOR, A. S.; HIGASHI, C.; GOMES, J. C. Substituição de coroas totais metalocerâmicas em incisivos laterais conóides vitais: relato de caso clínico. **Revista Dental Press Estética**. v. 12 n. 3, p. 71-83, 2015.

SCUSSEL, F. **Sistemas cerâmicos livres de metal. Restaurações protéticas à base de zircônia, geradas por sistemas CAD/CAM**: relato de caso clínico. 2016. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SILVA, W. T. **Cerâmicas Odontológicas**. Considerações históricas e sua evolução ao longo dos anos. 2012. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -

Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2012.

SILVA, W. O. et al. Recontorno estético multidisciplinar com cirurgia plástica gengival e laminados cerâmicos de dissilicato de lítio: passo a passo. **Revista Dental Press Estética**. v. 12, n. 4, p. 101-118, 2015.

SOARES, P.V. et al. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Revista Odontológica do Brasil Central**. 21, n. 58, p. 538-43, 2012.

SOARES, P. V. et al. Facetas cerâmicas minimamente invasivas lentes de contato: fundamentos e protocolos. In: Pinto, T.; Verri, F.R.; Carvalho-Júnior, O. B. (Org.). **Pro-Odonto: Prótese e Dentística**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. v. 2, p. 9-46.

SOARES, P. V. et al. Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos minimamente invasivos. **Journal of Clinical Dentistry and Research**. v. 14, n. 1, p. 68-88, 2017.

XIAOPING, L.; DONGFENG, R.; SILIKAS, N. Effect of etching time and resin bond on the flexural strength of IPS e.max Press glass ceramic. **Dental materials**. v. 30, n. 12, p. 330-336, 2014.

ZARONE, F. et al. Digitally Oriented Materials: Focus on Lithium Disilicate Ceramics. **International Journal of Dentistry**. v. 2016, p. 1-10, 2016.

3 ARTIGO

RECUPERAÇÃO DA ESTÉTICA DENTAL POR MEIO DO USO DE COROA E FACETAS METAL FREE: RELATO DE CASO

RECOVERY OF DENTAL AESTHETICS BY THE USE OF ALL-CERAMIC CROWN AND DENTAL VENEERS: CASE REPORT

Jéssica Miranda Ferreira¹, Andrezza Cristina Moura dos Santos², Luanna Abílio Diniz Melquiades de Medeiros³, Gymenna Maria Tenório Guênes⁴

1 Graduada do curso de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba- Brasil;

2 Cirurgiã-Dentista, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba- Brasil;

3 Professora Doutora da disciplina de Prótese, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba- Brasil;

4 Professora Doutora da disciplina de Dentística, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba- Brasil.

RESUMO

Além do restabelecimento da saúde, os pacientes buscam cada vez mais tratamentos odontológicos que proporcionem um sorriso dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade. Dessa forma, as consultas odontológicas deixaram de ter apenas a finalidade de melhoria da função dentária, para possuírem também objetivos estéticos, contribuindo para melhoria da saúde física, mental e social dos indivíduos. O intuito do presente trabalho foi, então, a apresentação de um caso clínico, no qual se propôs reabilitar o sorriso de uma paciente por meio da instalação de uma coroa e cinco facetas metal free. Foi fundamental o trabalho conjunto do cirurgião-dentista e do protético e a colaboração do paciente, sendo possível, por meio de um bom planejamento do caso, execução adequada da técnica e controle e manutenção periódica, proporcionar ao paciente uma estética dentária dentro dos padrões tão valorizados atualmente, com conseqüente aumento da sua autoestima e melhoria nas suas relações interpessoais.

Descritores: Estética Dentária. Facetas Dentárias. Prótese Parcial Fixa.

ABSTRACT

In addition to restoring health, patients seek more and more dental treatments that provide a smile within the society's standards of beauty. In this way, the dental consultations are no longer solely for the purpose of improving the dental function, to also possess aesthetic objectives, contributing to improve the physical, mental and social health of patients. The goal of the present study was, then, to present a clinical case, in which it was proposed to rehabilitate the smile of a patient through the installation of all-ceramic crown and five dental veneers. The collaborative work of the dentist and the prosthetic and patient effort was fundamental, only being possible through a good planning of the case, adequate execution of the technique, control and periodic maintenance, to provide the patient with aesthetic dentistry within the society's standards of beauty today, consequently increasing their self-esteem and improving their interpersonal relationships.

Descriptors: Dental Esthetics. Dental Veneers. Fixed Partial Denture.

INTRODUÇÃO

O nível de exigência estética envolvendo a imagem pessoal é tão grande, que detalhes no sorriso como alterações de forma, posição e coloração dos dentes, que anteriormente passavam despercebidos pela maior parte da população, atualmente não só são observados, como pesam bastante na autoestima, influenciando as relações interpessoais. As consultas odontológicas deixaram de ter apenas a finalidade de melhoria da função dentária, para possuírem também objetivos estéticos, contribuindo para melhoria da saúde física, mental e social dos indivíduos²⁹.

Para atender às expectativas dos pacientes, cabe ao dentista a tarefa de executar restaurações semelhantes aos dentes naturais²³, conservadoras e duradouras; ao mesmo tempo em que vão sendo desenvolvidas técnicas minimamente invasivas e materiais mais biocompatíveis⁸.

Dentre esses materiais, destacam-se as cerâmicas, que apresentam excelentes propriedades mecânicas e ópticas, oferecendo durabilidade³, estabilidade de cor, lisura superficial, resistência à abrasão, coeficiente de expansão térmica e rigidez próximos aos da estrutura dentária¹¹.

Os laminados cerâmicos vêm se destacando ao unir o uso da cerâmica à necessidade de pequenos desgastes dentais, realizados apenas para criar espaço suficiente e eixo de inserção adequado para acomodar a peça. Esses desgastes podem ser um pouco maiores ou menores dependendo da inclinação do dente e do seu grau escurecimento⁵.

Quando um dente se apresenta mais escurecido, torna-se necessária a remoção de uma quantidade maior de estrutura dental¹⁵, visto que a aplicação de diferentes tons de cimentos resinosos não é capaz de mascarar a cor do substrato dentário⁷. Diante disso, a confecção de coroa cerâmica pura (metal free), pode ser uma solução.

Coroas metal free apresentam vantagem estética em relação às metalocerâmicas, uma vez que tornam possível uma melhor estratificação de cores, mimetizando bem a aparência de dentes naturais¹⁹, além disso, por não conter cinta metálica, não apresentam zona de sombreamento cervical, nem correntes galvânicas, o que contribui pra manutenção da saúde periodontal e pulpar³⁰.

Logo, para se obter previsibilidade do resultado e conseqüentemente sucesso clínico em casos de correção estética, é fundamental um planejamento

individualizado, levando em consideração as características e anseios do paciente para escolher os materiais e técnicas que mais se adequem a cada caso. O uso de fotografias e modelos de enceramento diagnóstico auxiliam nesse processo e facilitam a comunicação com o protético, o qual exerce papel ativo, juntamente com o dentista, no resultado final^{25,33}.

Assim sendo, o intuito do presente trabalho foi a apresentação de um caso clínico, no qual se propôs reabilitar o sorriso de uma paciente por meio da instalação de uma coroa e cinco facetas metal free, trazendo-lhe melhoria na qualidade de vida ao restabelecer a harmonia dental.

RELATO DE CASO

Paciente I.C.M.S., 50 anos, feoderma, sexo feminino, procurou a clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande com o intuito de melhorar a estética do seu sorriso (Figura 1) por meio de tratamento restaurador indireto.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial do sorriso.

Após exame clínico e radiográfico, decidiu-se pela confecção de facetas nos elementos 11, 12, 13, 22 e 23 e coroa no 21. Os procedimentos clínicos e laboratoriais, então, foram divididos em etapas. Primeiramente foram feitos registros fotográficos para ajudar a guiar o planejamento e a comunicação com o protético. Em seguida, foi feita moldagem e confecção de modelo de estudo, o qual foi encaminhado para um laboratório de prótese dentária para realização de enceramento diagnóstico (Figura 2) com todos os dados relativos ao caso e com base no objetivo a ser alcançado.

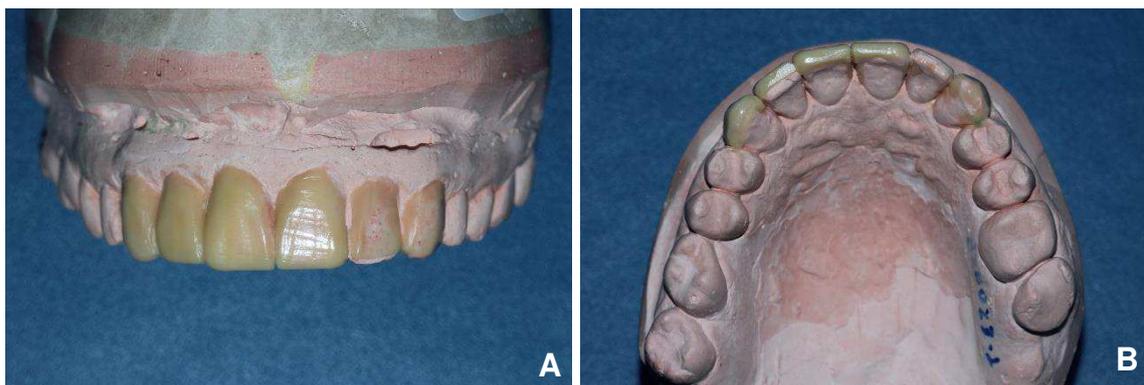


Figura 2 - Enceramento diagnóstico em vista frontal (A) e oclusal (B).

Paralelamente, realizou-se clareamento dental (Figura 3) assistido em consultório com clareador à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Blue® - FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil), tendo sido feitas ao total 3 sessões, cada uma consistindo em 1 aplicação do produto com 40 minutos de duração.



Figura 3 - Aspecto clínico após 3 sessões de clareamento dental.

Com o enceramento pronto, foi feito um molde da região encerada (figura 4A) utilizando-se silicona de adição (Adsil Putty Soft® - Coltene, Rio de Janeiro-RJ, Brasil). Esse molde foi preenchido com resina bisacrílica (Protemp 4® - 3M, Sumaré-SP, Brasil) (figura 4B) para confecção de um ensaio restaurador, o mock-up (Figura 4C), com intuito de proporcionar à paciente uma prévia do resultado final.

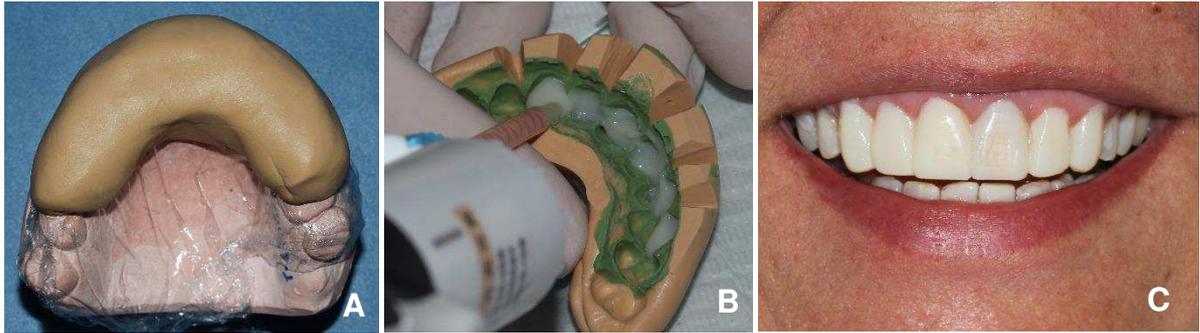


Figura 4 - Ensaio restaurador. Molde da região encerada (A), preenchido com resina bisacrílica (B) para confecção de mock-up (C).

A partir do enceramento, realizou-se uma nova moldagem, também com silicona de adição, para a confecção dos guias de desgaste seletivo (Figura 5), os quais orientaram a quantidade de desgaste dentário em cada região dos dentes preparados.

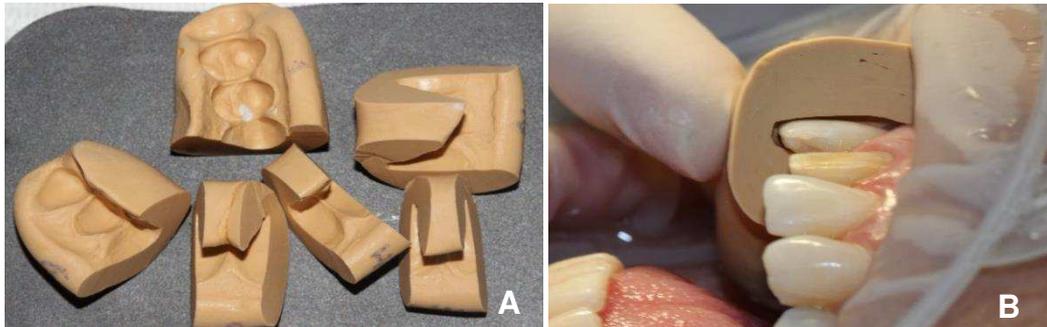


Figura 5 - Guias de desgaste seletivo (A e B).

No elemento dentário 21, tratado endodônticamente e bem mais escurecido que os demais, foi necessário um maior desgaste, assim como o uso de um pino pré-fabricado de fibra de vidro (WhitePost DC® - FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil), para promover retenção para o núcleo de preenchimento (Figura 6). Para cimentar esse pino, condicionou-se previamente o mesmo com ácido fosfórico 37% (Condac 37® - FGM Produtos Odontológicos) por 60 segundos; depois aplicou-se uma delgada camada de silano, aguardando também 60 segundos. Em seguida, foi aplicado sistema adesivo (Adesivo Adapter Single Bond 2® - 3M, Sumaré-SP, Brasil),

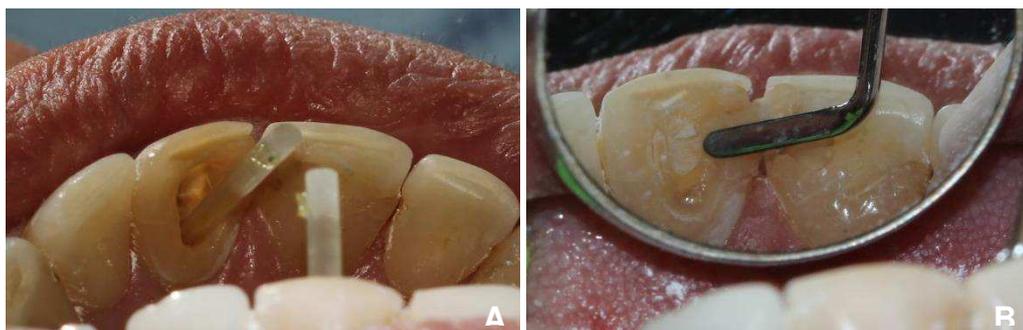


Figura 6 - Prova (A) e acomodação (B) de pino de fibra de vidro.

o qual foi fotoativado por 40 segundos. Enquanto isso, a dentina intrarradicular foi condicionada com ácido fosfórico 37% por 15 segundos. Então, após aplicação de adesivo no interior do canal e remoção de excesso com cone de papel absorvente, aplicou-se cimento resinoso autoadesivo de dupla polimerização (Relyx u200® - 3M, Sumaré-SP, Brasil), fotoativando-o com o pino em posição. Por fim, foi feita restauração da parede palatina usando resina nanoparticulada (Resina Filtek Z350 XT® - 3M, Sumaré-SP, Brasil).

Concluída a confecção dos desgastes dentários seletivos (Figura 7), realizou-se a moldagem de trabalho (Figura 8). A técnica utilizada foi a dupla moldagem, utilizando-se fio retrator #00 (Ultrapak® - Ultradent Products Inc., Indaiatuba-SP, Brasil). Também foi feito registro da cor do substrato dentário e foi escolhida a cor da cerâmica a ser utilizada. Essas informações foram enviadas para o ceramista, juntamente com modelo de trabalho, para que fossem produzidas as peças cerâmicas (IPS e-max® - Ivoclar Vivadent Ltda, Barueri-SP, Brasil). Nesse momento também foi feito um provisório (Figura 9) com resina bisacrílica cor A2 (Protemp 4® - 3M, Sumaré-SP, Brasil), para proteger a estrutura do dente, prover estética e função até a instalação das restaurações definitivas.



Figura 7 - Dentes com desgastes seletivos, em vista vestibular (A) e oclusal (B).



Figura 8- Moldagem por meio de técnica de dupla impressão. Inicialmente moldagem com material pesado (A), seguida de remoção de fio de afastamento gengival (B) e segunda moldagem utilizando material leve (C).



Figura 9- Restauração provisória.

Quando as peças cerâmicas ficaram prontas, as mesmas foram provadas e foram feitos pequenos desgastes interproximais para possibilitar uma adequada inserção. Então, condicionou-se a parte interna da cerâmica com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana ® - FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) por 15 segundos. Depois utilizou-se ácido fosfórico 37% (Condac 37 ® - FGM Produtos Odontológicos) por 60 segundos, para remoção de pó cerâmico. O passo seguinte foi a aplicação de silano (Prosil ® - FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) para funcionar como uma ponte entre a cerâmica e o cimento, aguardando-se 60 segundos. O substrato dentário restrito a esmalte, por sua vez, foi condicionado com ácido fosfórico 37% por 30 segundos. Por último, aplicou-se sistema adesivo (Figura 10) tanto nas peças cerâmicas quanto nos dentes (Adesivo Adapter Single Bond 2 ® - 3M, Sumaré-SP, Brasil).

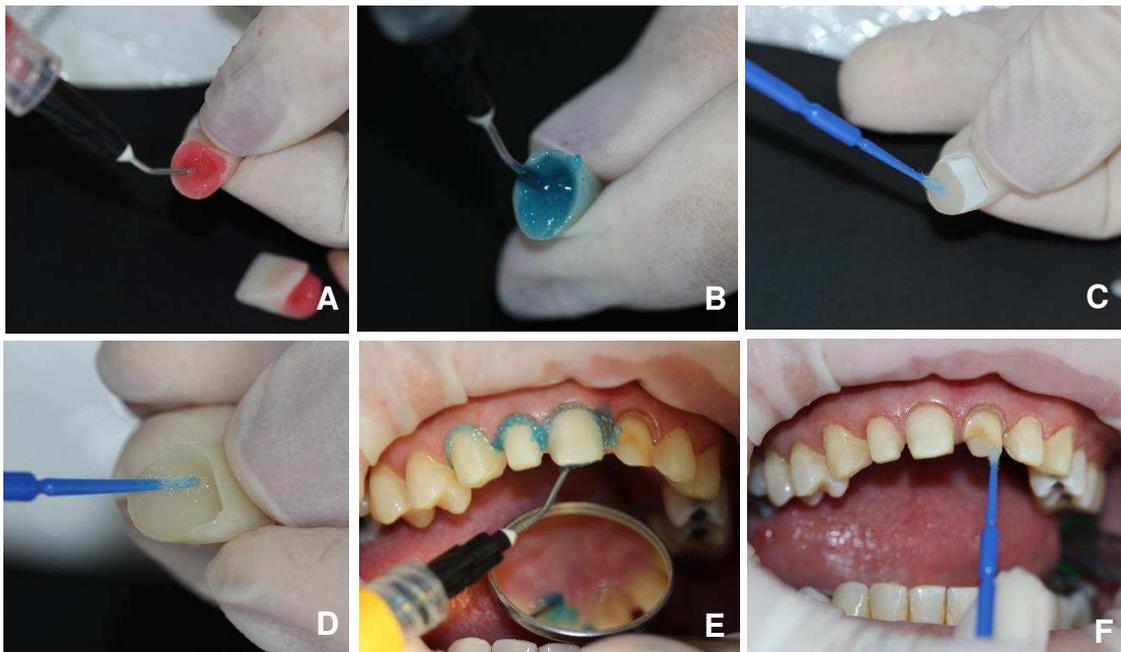


Figura 10 - Aplicação de ácido fluorídrico 10% (A), ácido fosfórico 37% (B), silano (C) e sistema adesivo (D) nas peças cerâmicas; e aplicação de ácido fosfórico 37% (E) em esmalte e adesivo (F) no substrato dental.

Posteriormente, as peças cerâmicas foram cimentadas (Figura 11). Por se tratar de cimentação em dentes anterossuperiores, conseguiu-se promover um excelente controle da umidade por meio de isolamento relativo modificado, com o auxílio de um afastador labial. Utilizou-se cimento resinoso autoadesivo de dupla polimerização (Relyx u200 ® - 3M, Sumaré-SP, Brasil), seguido da realização de acabamento e verificação de contatos oclusais.



Figura 11 - Cimentação das peças cerâmicas, com remoção de excesso de agente cimentante.

Após a conclusão do tratamento (Figura 12), a paciente continua sendo acompanhada para controle e manutenção periódica, para assim se garantir a longevidade das restaurações cerâmicas metal-free. Tendo sido realizado o primeiro controle imediato 24h após a cimentação.



Figura 12 - Aspecto clínico final, com tratamento concluído.

DISCUSSÃO

Ao tratar-se de reabilitação estética do sorriso, as expectativas e características individuais do paciente, balanceadas pelos conhecimentos dos profissionais, são decisivas para escolha da técnica e do material mais adequados².

Há vários estudos que revelam insatisfação de grande parte das pessoas não apenas com a forma e alinhamento dos seus dentes, mas também com relação à cor dos mesmos, o que faz desta uma característica bastante associada à procura por tratamentos estéticos¹⁴. Esse descontentamento também foi demonstrado pela paciente relatada, o que levou à realização de clareamento dental assistido em consultório como primeiro passo do tratamento.

Para evitar frustração das expectativas, após o planejamento do caso por parte do cirurgião-dentista juntamente com o protético, a confecção de um mock-up, que é cada vez mais comum, foi realizada para permitir a aprovação do paciente antes da execução do tratamento⁹.

Um dos fatores mais almejados tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes é o sucesso clínico a longo prazo. Embora restaurações em resina composta quando bem executadas possam apresentar uma longevidade superior a 10 anos, restaurações cerâmicas podem durar até o dobro desse tempo²¹.

Juntamente a essa durabilidade, procura-se excelência estética, que aliado à tendência do profissional de evitar remoção excessiva de tecido sadio, leva à crescente execução de laminados cerâmicos¹ e induziu à escolha por esse tipo de restauração nos elementos dentários 11, 12, 13, 22 e 23 da paciente em questão.

Quando um tratamento um pouco menos conservador é necessário, como a confecção de coroas, também têm-se bons resultados clínicos a respeito do uso de cerâmica. Há vários trabalhos que mostram resultados parecidos quanto à sobrevida de coroas metalocerâmicas e coroas totalmente cerâmicas, como as de dissilicato de lítio, aproximando-se de 100% de sucesso clínico após 5 anos²⁸, motivo pelo qual escolheu-se esse tipo de cerâmica.

O sucesso de restaurações em dentes com tratamento endodôntico, como o apresentado no elemento 21 da paciente, por sua vez, pode ser atribuído em parte ao uso de pinos de fibra de vidro. Esse tipo de retentor intrarradicular proporciona bons

resultados quanto à resistência à fratura por apresentar módulo de elasticidade próximo ao da dentina e representa uma ótima opção em relação aos pinos metálicos, por distribuir melhor as forças incididas sobre o dente, principalmente ao empregar-se resina composta no núcleo¹⁶.

Com relação ao tipo de cerâmica utilizado, a partir de estudos comparativos, como os de Harada et al.¹² (2016) e Sravanthi et al.³⁴ (2015), nos quais se analisou o nível de translucidez de coroas totalmente cerâmicas fabricadas com materiais como zircônia e dissilicato de lítio, observou-se maior translucidez nesse último, o que o aproxima das características de um dente natural. Já quanto à resistência à fratura, a zircônia apresenta melhores resultados¹⁷, porém esse fator não tem tanto impacto em dentes anteriores.

A translucidez, assim como a cor do material cerâmico, é alterada de acordo com sua espessura. Então, se o substrato dental se apresentar escurecido, como o elemento 21 da paciente do caso relatado, dois fatores deverão ser considerados para o êxito no seu mascaramento: a espessura do laminado cerâmico e a cor do agente cimentante⁴.

A influência da cor do cimento no resultado final, porém, é inversamente proporcional à espessura da peça cerâmica³⁵. Dessa forma, ao optar-se pela confecção de uma coroa no elemento dental mais escurecido e, portanto, uma peça mais espessa em relação a um laminado cerâmico, a cor do cimento não teve um impacto tão grande no resultado final. Por isso, foi utilizada a mesma cor de cimento tanto para as facetas quanto para a coroa.

Independentemente do cimento escolhido, é importante, previamente à cimentação, a prova da peça cerâmica e realização de desgastes, quando necessário, para adaptá-la melhor. Esses desgastes devem ser cuidadosos e restritos a áreas interproximais com o intuito de evitar a remoção da camada de glaze, o que facilitaria posterior pigmentação da cerâmica²².

Com as peças perfeitamente adaptadas, a aplicação de silano e ácido fluorídrico seguido por ácido fosfórico na superfície da cerâmica mostram-se eficazes para obtenção de uma resistência de união maior entre o dissilicato de lítio e o cimento resinoso, como relatado em estudos como os de Roy et al.²⁷ (2017) e Giraldo et al.¹⁰ (2016), respectivamente.

A força de união entre o cimento e o substrato dental, por sua vez, também pode aumentar por meio do pré-tratamento do esmalte dental com ácido fosfórico e/ou adesivo autocondicionante³¹; e da secagem da dentina de modo que se mantenha certa umidade¹⁸ antes da aplicação de cimento de resina autodesivo. Esses passos tornam essa força maior inclusive que a obtida com o emprego de cimento resinoso convencional²⁶.

O uso de cimento autoadesivo também apresenta, segundo Haralur et al.¹³ (2017), estabilidade de cor melhor que outros tipos de cimentos resinosos após ser submetido a envelhecimento acelerado, embora todos tenham obtido níveis de mudança considerados clinicamente aceitáveis. Contribui, ainda, para cimentação de pinos de fibra de vidro com desempenho menos sujeito ao rigor técnico³², tornando-se uma boa alternativa para os casos em que o operador é inexperiente ou dispõe de pouco tempo clínico.

Seguido todo o protocolo para aplicação do cimento, a remoção de excessos e polimento da interface dente-restauração é importante por permitir uma superfície lisa que dificulte a instalação de biofilme bacteriano²⁴ e facilite a estabilidade de cor²⁰.

Além desses cuidados para a execução fiel da técnica por parte do profissional, o paciente também tem papel fundamental para a sobrevida da restauração, uma vez que é responsável pela manutenção da mesma através de higienização diária e retorno periódico ao dentista ⁶.

CONCLUSÃO

O restabelecimento da harmonia do sorriso foi possível graças ao trabalho conjunto do cirurgião-dentista e do protético e da colaboração do paciente. Para tanto, três fatores foram decisivos: bom planejamento do caso, execução adequada da técnica e controle e manutenção periódica. Quando esses pontos são respeitados, o sucesso clínico é consequência, sendo possível proporcionar ao paciente uma estética dentária dentro dos padrões de beleza tão valorizados atualmente, aumento da sua autoestima e melhoria nas suas relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. Annibelli RL, Nishimori LE, Correa GO, Silva CO, Progiante PS, Marson FC. Restabelecimento do sorriso utilizando facetas em dissilicato de lítio. *Rev Dental Press Estét.* 2015;12:34-44.
2. Arbex Filho J. Direct composite resin x ceramic laminates: the choice. *J Clin Dent Res.* 2016;13(3):45-52.
3. Ayres APA, Pacheco RR, André CB, Giannini M. Associação de técnicas: fechamento de diastema com resina composta e laminado cerâmico em incisivo lateral conoide. *Rev Dental Press Estét.* 2014; 11(3):60-70.
4. Begum Z, Chheda P, Shruthi CS, Sonika R. Effect of ceramic thickness and luting agent shade on the color masking ability of laminate veneers. *J Indian Prosthodont Soc.* 2014; 14:46–50.
5. Calixto R, Massing N. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: moldagem e comunicação laboratorial. *Rev Dental Press Estét.* 2013;10(2):24-37.
6. Cunha LF, Pedroche LO, Gonzaga CC, Furuse AY. Esthetic, occlusal, and periodontal rehabilitation of anterior teeth with minimum thickness porcelain laminate veneers. *J Prosthet Dent.* 2014;112(6):1315-1418.
7. Dozic A, Tsagkari M, Khashayar G, Aboushelib M. Color management of porcelain veneers: influence of dentin and resin cement colors. *Quintessence Int.* 2010; 41(7):567-573.
8. Durão MA, Oliveria JE, Macedo MTN, Braz R. Estética conservadora utilizando sistema IPS e.max Press Impulse: relato de caso. *Rev Dental Press Estét.* 2015;12(3):84-93.
9. Farias-Neto A, Bandeira AS, Miranda BFS, Sánchez-Ayala A. O emprego do mock-up na Odontologia: trabalhando com previsibilidade. *Full Dent Sci.* 2015; 6(22):256-260.
10. Giraldo TC, Villada VR, Castillo MP, Gomes M, Bittencourt F, Dominguez JA. Active and passive application of the phosphoric acid on the bond strength of lithium disilicate. *Braz Dent J.* 2016; 27:90–94.
11. Giray FE, Duzdar L, Oksuz M, Tanboga I. Evaluation of the bond strength of resin cements used to lute ceramics on laser-etched dentin. *Photomed Laser Surg.* 2014; 32(7): 413–421.
12. Harada K, Raigrodski AJ, Chung KH, Flinn BD, Dogan S, Mancl LA. A comparative evaluation of the translucency of zirconias and lithium disilicate for monolithic restorations. *J Prosthet Dent.* 2016;116(2):257-263.

13. Haralur SB, Alfaifi M, Almuaddi A, Al-Yazeedi M, Al-Ahmari A. The Effect of Accelerated Aging on the Colour Stability of Composite Resin Luting Cements using Different Bonding Techniques. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(4):ZC57-ZC60.
14. Joiner A, Luo W. Tooth colour and whiteness: A review. *J Dent.* 2017; 67S:S3-S10.
15. Kabbach W. Restorative treatments without tooth preparation. *J Clin Dent Res.* 2016;13(4):20-26.
16. Kaur J, Sharma N, Singh H. In vitro evaluation of glass fiber post. *J Clin Exp Dent.* 2012. 2012;4(4):e204-e209.
17. Kim SY, Choi JW, Ju SW, Ahn JS, Yoon MJ, Huh JB. Fracture Strength After Fatigue Loading of Lithium Disilicate Pressed Zirconia Crowns. *Int J Prosthodont.* 2016;29(4):369-371.
18. Kim YK, Min BK, Son JS, Kim KH, Kwon TY. Influence of different drying methods on microtensile bond strength of self-adhesive resin cements to dentin. *Acta Odontol Scand.* 2014;72(8):954-962.
19. Lima AF, Carvalho JFO, Cravo FL. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: simples realização? *Rev Dental Press Estét.* 2010; 7(4):88-96.
20. Motro PF, Kursoglu P, Kazazoglu E. Effects of different surface treatments on stainability of ceramics. *J Prosthet Dent.* 2012;108(4):231-237.
21. Nash RW. Resurfacing tooth structure with ceramic laminates. *Dent Today.* 2014 Aug;33(8):68-71.
22. Palla ES, Kontonasaki E, Kantiranis N, Papadopoulou L, Zorba T, Paraskevopoulos KM, et al. Color stability of lithium disilicate ceramics after aging and immersion in common beverages. *J Prosthet Dent.* No prelo 2017.
23. Pastor FP, Kfoury F, Morita D, Mannocci FM. Odontologia digital: restauração anterior cerâmica sem moldagem em sessão única - Parte 1. *Rev Dental Press Estét.* 2014;11(4):47-59.
24. Pereira SMB, Anami LC, Pereira CA, Souza ROA, Kantorski KZ, Bottino MA, et al. Bacterial Colonization in the Marginal Region of Ceramic Restorations: Effects of Different Cement Removal Methods and Polishing. *Operative Dentistry.* 2016; 41(6):642-654.
25. Queiroga, R.B. Laminados cerâmicos minimamente invasivos: Novas Possibilidades. *Rev. Dental Press Estet.* 2012, jan-mar; 9:34-47.

26. Rodrigues RF, Ramos CM, Francisconi PA, Borges AF. The shear bond strength of self-adhesive resin cements to dentin and enamel: an in vitro study. *J Prosthet Dent.* 2015;113(3):220-227.
27. Roy AK, Mohan D, Sunith M, Mandokar RB, Suprasidh S, Rajan S. Comparison of Shear Bond Strengths of Conventional Resin Cement and Self-adhesive Resin Cement bonded to Lithium Disilicate: An in vitro Study. *J Contemp Dent Pract.* 2017; 18(10):881-886.
28. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). *Dent Mater.* 2015;31(6):603-623.
29. Sakamoto Junior AS, Higashi C, Gomes JC. Substituição de coroas totais metalocerâmicas em incisivos laterais conoides vitais: relato de caso clínico. *Rev Dental Press Estét.* 2015;12(3):71-83.
30. Scussel F. Sistemas cerâmicos livres de metal. Restaurações protéticas à base de zircônia, geradas por sistemas CAD/CAM: relato de caso clínico. Monografia (Graduação) Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS; 2016 32p.
31. Sekhri S, Mittal S, Garg S. Tensile Bond Strength of Self Adhesive Resin Cement After Various Surface Treatment of Enamel. *J Clin Diagn Res.* 2016;10:ZC01-ZC04.
32. Skupien JA, Sarkis-Onofre R, Cenci MS, Moraes RR, PereiraCenci T. A systematic review of factors associated with the retention of glass fiber posts. *Braz Oral Res* 2015; 29:1-8.
33. Soares PV, Faria NFB, Cardoso IO, Moura GF, Pereira AG. Multidisciplinary approach for rehabilitation of smile aesthetics with minimally invasive ceramic veneers. *J Clin Dent Res.* 2017; 14:68-88.
34. Sravanthi Y, Ramani YV, Rathod AM, Ram SM, Turakhia H. The Comparative Evaluation of the Translucency of Crowns Fabricated with Three Different All-Ceramic Materials: An in Vitro Study. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(2):ZC30-ZC34.
35. Turgut S, Bagis B. Effect of resin cement and ceramic thickness on final color of laminate veneers: an in vitro study. *J Prosthet Dent.* 2013;109(3):179-186.

LEGENDAS DAS FIGURAS

- Figura 1 Aspecto clínico inicial do sorriso.
- Figura 2 Enceramento diagnóstico em vista frontal (A) e oclusal (B).
- Figura 3 Aspecto clínico após 3 sessões de clareamento dental.
- Figura 4 Ensaio restaurador. Molde da região encerada (A), preenchido com resina bisacrílica (B) para confecção de mock-up (C).
- Figura 5 Guias de desgaste seletivo (A e B).
- Figura 6 Prova (A) e acomodação (B) de pino de fibra de vidro.
- Figura 7 Dentes com desgastes seletivos, em vista vestibular (A) e oclusal (B).
- Figura 8 Moldagem por meio de técnica de dupla impressão. Inicialmente moldagem com material pesado (A), seguida de remoção de fio retrator (B) e segunda moldagem utilizando material leve (C).
- Figura 9 Restauração provisória.
- Figura 10 Aplicação de ácido fluorídrico 10% (A), ácido fosfórico 37% (B), silano (C) e sistema adesivo (D) nas peças cerâmicas; e aplicação de ácido fosfórico 37% (E) em esmalte e adesivo (F) no substrato dental.
- Figura 11 Cimentação das peças cerâmicas, com remoção de excesso de agente cimentante.
- Figura 12 Aspecto clínico final, com tratamento concluído.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O restabelecimento da harmonia do sorriso foi possível graças ao trabalho conjunto do cirurgião-dentista e do protético e da colaboração do paciente. Para tanto, três fatores foram decisivos: bom planejamento do caso, execução adequada da técnica e controle e manutenção periódica. Quando esses pontos são respeitados, o sucesso clínico é consequência, sendo possível proporcionar ao paciente uma estética dentária dentro dos padrões de beleza tão valorizados atualmente, aumento da sua autoestima e melhoria nas suas relações interpessoais.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização de diagnóstico, planejamento e tratamento necessário em minha pessoa. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Izabel Cristina Moura dos Santos, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, modelos, resultados de exames e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, diagnóstico e/ou tratamento como material didático ou da publicação científica.

Patos, 16 de Outubro de 2017

Izabel Cristina Moura dos Santos
Assinatura do paciente ou responsável

RG: 2009.099.115-349 SSPDC

CPF: 325.030.903-91

ANEXO B – Normas Para Publicação De Artigos - Prosthesis Laboratory In Science

A Revista Prosthesis Laboratory in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade protética, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, artigos de interesse da classe protética e laboratorial, comunicações breves e atualidades.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim - CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR

Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao1@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. A **Revista Prosthesis Laboratory in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial. A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. A **Prosthesis Laboratory in Science** ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A **Revista Prosthesis Laboratory in Science** utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Prosthesis Laboratory in Science**, em seguida clique em “submissão online”;
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 DPIs de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 60 imagens por artigo;
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos.

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo.
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original.
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável).
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;
- Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.
- A **Prosthesis Laboratory in Science** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas

para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva²³ (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho²⁵ (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.²⁸ (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. - Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega⁸ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. - Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem

relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹”

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser organizadas em ordem alfabética;
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplício AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follou-up. Br J Cancer.1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin.In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995 70p.

Formato eletrônico

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=view>

9. Provas digitais

- A prova digital será enviada ao autor correspondente do artigo por meio e-mail em formato PDF para aprovação final;
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário;
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final;
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.