UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

BRUNA GUERRA SILVA

“PROGNÓSTICO DE 7 ANOS DE UM TRATAMENTO ESTÉTICO COM LAMINADOS CERÂMICOS”

Piracicaba

2019

BRUNA GUERRA SILVA

“PROGNÓSTICO DE 7 ANOS DE UM TRATAMENTO ESTÉTICO COM LAMINADOS CERÂMICOS”

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

Orientadora: Profa. Dra. Débora Alves Nunes Leite Lima

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA APRESENTADA PELA ALUNA BRUNA GUERRA SILVA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. DÉBORA ALVES NUNES LEITE LIMA.

Piracicaba

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Si38p

Silva, Bruna Guerra, 1992-
Prognóstico de 7 anos de um tratamento estético com laminados cerâmicos / Bruna Guerra Silva. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Débora Alves Nunes Leite Lima.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Cerâmica odontológica. 2. Longevidade. 3. Bruxismo. I. Lima, Débora Alves Nunes Leite,1978-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:
Dental ceramics
Longevity
Bruxism
Área de concentração: Dentística
Titulação: Especialista
Data de entrega do trabalho definitivo: 30-08-2019

DEDICATÓRIA

À minha mãe, meu porto seguro: obrigada por tornar sereno e tranquilo todo o caminho para a realização dos meus sonhos. Obrigada por cuidar de mim, por me incentivar, me conduzir e nunca me deixar desistir de nada. Obrigada por acreditar em mim quando nem eu mesma acredito. A senhora não imagina a força que tem e o quanto me faz ser forte todos os dias. Te admiro muito e peço à Deus todos os dias pra me fazer semelhante a você. Dizer que te amo é muito singelo perto do sentimento que tenho pela senhora. Gratidão a Deus por me permitir ser sua filha.

Agradecimentos

À Deus por ser o meu guia por me dar saúde, sabedoria e uma família tão especial.

Agradecimentos

Ao meu pai, por todo apoio, carinho e atenção. Sei que a distância acaba te fazendo um pouco menos presente no meu dia a dia, mas tenho certeza que o senhor vibra a cada conquista e pede a Deus pra me proteger todos os dias. Obrigada por tudo!

Ao meu padrasto, por ser esse exemplo de homem em nossas vidas, por nunca medir esforços para nos fazer felizes e por sempre se disponibilizar a me ajudar em tudo que preciso. A vida não seria a mesma se você não estivesse conosco.

À minhas irmãs, meus maiores tesouros, eu agradeço por ter vocês. Saber que tenho vocês duas para dividir tudo em minha vida deixa meu coração em paz. Vocês são os maiores e melhores presentes que Deus poderia me enviar. Obrigada por sempre me apoiarem, me orientarem e nunca me deixarem. Eu amo vocês incondicionalmente.

Ao meu trio, Renata e Laura. Obrigada por todos os conhecimentos compartilhados. Tenham certeza que a Especialização não teria sido a mesma se não fosse dividida com vocês.

Aos meus amigos de Pós-Graduação...

Obrigada por dividirem os inúmeros momentos dessa fase incrível. Ter amigos torna tudo mais leve e feliz.

Agradecimentos

À minha orientadora...

Pela oportunidade de ser sua orientada, por sempre agregar ao meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada pelos inúmeros conselhos. Serei eternamente grata por tudo que me proporciona.

Aos meus mestres...

Por sempre me orientarem e contribuírem para o meu crescimento profissional.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba...

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, na pessoa de seu Diretor Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À Coordenadoria Geral da Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

RESUMO

Os laminados cerâmicos são apresentados como uma solução restauradora para dentes anteriores, quando corretamente indicados, graças à sua estética, biocompatibilidade e longevidade. No entanto, sem acompanhamento clínico periódico, a longevidade para esse tipo de tratamento diminui consideravelmente. Existem vários fatores que podem contribuir para diminuição da longevidade desses materiais, dentre eles o desenvolvimento de bruxismo e a pratica de esportes de contato. Sendo assim, este relato de caso descreve o insucesso de um tratamento com laminados cerâmicos devido à falta de acompanhamento clínico a longo prazo, associado ao desenvolvimento de bruxismo e a pratica de esportes de contato sem o uso de protetores bucais, envolvendo fratura, microtrincas e, consequentemente, a necessidade de uma nova intervenção.

Palavras chave: laminados cerâmicos, longevidade, bruxismo e esporte de contato.

ABSTRACT

Ceramic laminates are presented as a restorative solution for anterior teeth, when correctly indicated, thanks to their aesthetics, biocompatibility and longevity. However, without regular clinical follow-up, a longevity for this type of treatment decreases considerably. There are several factors that can contribute to decrease the longevity of these materials, including the development of witches and the practice of contact sports. Thus, this case report describes or inserts treatment with ceramic laminates due to the lack of long-term clinical follow-up, associated with the development of witches and the practice of contact sports without the use of mouth guards, fracture, microcracks and, consequently, a need for a new intervention.

Keywords: ceramic laminates, longevity, bruxism and contact sport.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO----------12

2 PROPOSIÇÃO----------14

3 REVISÃO DE LITERATURA----------15

4 RELATO DO CASO----------18

5 DISCUSSÃO----------26

6 CONCLUSÃO----------28

REFERENCIAS----------29

ANEXO 1----------32

1 INTRODUÇÃO

Um dos maiores desejos do paciente ao procurar um tratamento odontológico é a transformação estética do seu sorriso, tornando-o mais saudável e harmonioso (Morita RK, 2016). Os laminados cerâmicos foram introduzidos como uma opção conservadora, para reestabelecer a estética dos dentes anteriores desde a década de 1980 (Morita RK, 2016), sendo amplamente indicados para casos que envolvem modificações morfológicas como cor, forma, tamanho e textura (Belser UC, 1997; Strassler HE, 2007).

Atualmente, graças ao avanço das tecnologias adesivas, o tratamento com laminados cerâmicos permite preservar o máximo possível de estrutura dentária, satisfazendo as necessidades restauradoras e os desejos estéticos do paciente (Pini NP, 2012).

Para que este tipo de tratamento tenha sucesso a longo prazo, além de ser necessário seguir um correto planejamento, levando em consideração os parâmetros estéticos e funcionais do paciente (Morita RK, 2016) é necessário, também, um acompanhamento clínico periódico após a finalização deste tratamento.

Na ausência de um acompanhamento clínico periódico, inúmeras intercorrências podem acontecer, como o desenvolvimento de hábitos parafuncionais (bruxismo) sem o devido tratamento e, também, a falta de conscientização dos pacientes sobre o uso de protetores bucais durante atividades físicas de contato, que podem levar a traumas e consequentemente fratura dos laminados cerâmicos e/ou dentes.

O bruxismo é geralmente reconhecido como movimentos não funcionais da mandíbula e é caracterizado pelo apertar ou ranger forçado dos dentes, ou uma combinação de ambos, e há muito tempo é considerado um distúrbio que requer tratamento (Granell-Ruiz M, 2014; AAOP, 1996). Segundo Magne P et al., 2000; a taxa de sucesso dos laminados cerâmicos é reduzida para 60% em pacientes com atividade de bruxismo. No entanto, sabe-se na literatura, que esse percentual pode aumentar se o bruxismo for controlado, através do uso de placa de oclusal (Magne P 2000).

Outra possível falha dos laminados cerâmicos é a pratica de atividades físicas de contato, que podem acarretar algum tipo de lesão dentária. Segundo Saini R, 2011, cerca de 11% a 40% de todas as lesões relacionadas ao esporte envolvem o rosto. O uso de protetor bucal intraoral, confeccionados a partir de placas de silicone soft, é capaz de

prevenir ou reduzir a incidência/aparecimento de lesões dentárias (Raghavan S, 2018). Embora muitos artigos relatem sobre a conscientização dos atletas em relação à proteção contra essas lesões utilizando protetores bucais (Maestrella CL, 1999; Nachman BM, 1965; Ramalli DN, 1993; Seals RR Jr, 1985), a ausência de um acompanhamento clínico periódico faz com que a tal conscientização não atinja o público alvo, e muitas vezes possa vir a ser a causa de falhas em um tratamento.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste relato de caso foi abordar o insucesso de um tratamento com laminados cerâmicos, de um paciente sem acompanhamento clínico periódico, que desenvolveu bruxismo e iniciou a prática de esportes de contato sem o uso de placa protetora bucal, levando a necessidade de reintervenção no tratamento e substituição dos laminados cerâmicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

CERÂMICAS ODONTOLÓGICAS:

A utilização da cerâmica para fins odontológicos surgiu em 1774, com o farmacêutico Alexis Duchateau, insatisfeito com a sua condição bucal e com o auxilio de um dentista chamado Nicholas Dubois de Chemant substituiu suas coroas de marfim por coroas de cerâmica (Francischone CE, 2004; Bona DA, 2009)

Desde então, as cerâmicas passaram por inúmeras modificações na sua composição e técnica de fabricação, melhorando suas características e permitindo que a mesma se tornasse uma ótima indicação para restaurações de dentes anteriores (Dumfahrt, 2000).

Segundo Anuavice, 1998, as cerâmicas odontológicas são estruturas não metálicas, inôrganicas, contendo primariamente compostos de oxigênio com um ou mais elementos metálicos ou semimetálicos (alumínio, boro, cálcio, lítio, magnésio, fósforo, potássio, silício, sódio, titânio e zircônio) e são constituídas por uma fase vítrea que circunda a fase cristalina. A fase vítrea está relacionada com a viscosidade e a expansão térmica da cerâmica, já a fase cristalina é responsável pelas características mecânicas e as características ópticas, como a translucidez (Gomes, 2008).

As ótimas propriedades ópticas e mecânicas permitem que as cerâmicas odontológicas mimetizem as estruturas dentárias. Além de tais características, as cerâmicas odontológicas apresentam: estabilidade química, estabilidade de cor; alta resistência e durabilidade; excelente lisura superficial; resistência à abrasão; baixo acúmulo de placa bacteriana; coeficiente de expansão térmica; rigidez compatíveis com as estruturas dentais (Kina, 2005; Della Bona, 2009).

Existem algumas classificações para as cerâmicas odontológicas, envolvendo sua indicação, composição, método de processamento e temperatura de cocção. No entanto, atualmente, a classificação mais utilizada para as cerâmicas odontológicas é as define de acordo com a sua composição, sendo elas: feldspáticas, feldspáticas reforçadas com leucita, feldspáticas reforçada com dissilicato de lítio, feldspáticas reforçada com alumina, cerâmica com alto conteúdo de alumina e cerâmica com alto conteúdo de zircônia (Gomes 2004).

As primeiras porcelanas desenvolvidas foram cerâmicas feldspáticas e elas são compostas basicamente por feldspato e quartzo; as cerâmicas feldspáticas reforçadas com leucita contém em sua composição 50,6% em peso de cristais de leucita, funcionando como uma fase de reforço; as cerâmicas feldspáticas reforçada com dissilicato de lítio possuem cristais de dissilicato de lítio dispersos em uma matriz vítrea de forma interlaçada, levando a uma melhora sua resistência à flexão; as cerâmicas feldspáticas reforçada com alumina, apresentam um acréscimo de 40 a 50% em peso de óxido de alumínio, resultando num aumento da resistência flexural cerâmica com alto conteúdo de alumina possuem 99,5% de alumina, tendo resistência a flexão em média de 650MPa, apresentando desadaptação marginal inferior a 70µm, sendo portanto utilizada como um material infraestrutura, e as cerâmicas com alto conteúdo de zircônia apresentam uma ótima resistência a flexão, de 900Mpa (Gomes, 2004; Kina 2005).

Dentre as indicações para a utilização das cerâmicas odontológicas temos: confecção de dentes, coroas, próteses fixas, laminados (faceta e lentes de contato), coping, overlay, onlays e inlays (Touati *et al*., 2000).

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÃO DOS LAMINADOS CERÂMICOS:

Os laminados cerâmicos são próteses cerâmicas de fina espessura que restauram a superfície vestibular e parte das superfícies proximais dos dentes anteriores, possibilitando melhorias na estética do sorriso, normalmente são confeccionadas com cerâmicas feldspáticas e cerâmicas feldspáticas reforçadas com dissilicato de lítio.

Como indicações para esse tipo de tratamento restaurador temos: dentes anteriores descoloridos que não responde ao tratamento clareador, como dentes manchados por tetraciclina, hipoplasia e amelogênese imperfeita, hipocalcificação do esmalte, fraturas dentárias, fechamentos de diastemas, má formação dentária congênita e alteração de forma dos dentes (BT Rotoli, 2013).

As contraindicações incluem: dentes amplamente restaurados e/ou fraturados, distância interoclusal reduzida, bruxismo grave ou hábito parafuncional e falta de higiene bucal (Omar El-Mowafy, 2018; BT Rotoli, 2013).

LONGEVIDADE:

A longevidade dos procedimentos reabilitadores indiretos com as cerâmicas odontológicas depende da seleção cuidadosa dos casos, levando em consideração a correta indicação; do tipo de cerâmica utilizado, buscando sempre a que apresente melhores características ópticas e mecânicas; substrato preparado, preparos restritos em esmalte, a longevidade aumenta consideravelmente já que esse tecido permite uma melhor adesão e diminui o potencial de sensibilidade pós-operatória; etapas laboratoriais e protocolos adesivos e correta cimentação (Omar El-Mowafy, 2018).

4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 31 anos, professor de educação física e ex-modelo, passou por tratamento reabilitador estético de canino a canino superior, com laminados de cerâmica feldspátca, há 6 anos (Figura 1). Nessa época, o paciente queixava-se da estética do seu sorriso, muito importante dentro da sua atividade profissional, e desejava melhorar sua aparência. Após avaliação clínica, observou-se a presença de restaurações com coloração alterada nos seus incisivos centrais e desarmonia na forma de incisivos laterais e canino (Figura 2).

Figura 1: Vista intra-oral do tratamento com laminados cerâmicos, realizado há seis anos. Imagem cedida pela Operative Dentistry, onde foi publicada no artigo intitulado “Porcelain Veneers as an Alternative for Esthetic Treatment: Clinical Report”

Figura 2: Vista intra-oral previamente ao tratamento com laminados cerâmicos. Imagem cedida pela Operative Dentistry, onde foi publicada no artigo intitulado “Porcelain Veneers as an Alternative for Esthetic Treatment: Clinical Report”

Seis anos após a finalização do tratamento, o mesmo procurou atendimento queixando-se de fratura e da aparência dos seus laminados cerâmicos. Após avaliação clínica, foi possível identificar uma fratura no terço médio do laminado cerâmico do dente 12 e várias microfraturas na região cervical dos demais laminados (Figura 3) e restaurações classe IV presentes nos dente 11 e 21 (Figura 4) com coloração insatistfatória, o que contraindicou que fosse feito apenas uma proservação, sendo necessário uma intervenção para a substituição dos mesmos.

Figure 3: A) Aspecto intra-oral do laminado cerâmico fraturado do dente 12; B) Aspecto intra-oral dos laminados cerâmicos após 7 anos

Figura 4: Vista intra-oral palatina das restaurações classe IV manchadas nos dentes 11 e 21.

Após o consentimento do paciente, previamente a remoção dos laminados cerâmicos, uma moldagem da maxila com alginato (Hydrogum, Zhermack, Badia Polesine, RO, Itália) foi realizada e posteriormente vasado com gesso tipo III (Asfer, Santa Maria, SP, Brasil), para a confecção do enceramento/diagnóstico (Figura 5). Sobre o enceramento fez-se uma impressão com silicone por condensação (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, RO, Itália) para a confecção de um guia para mock-up que permite a pré-visualização do tratamento final, além de ser utilizado para a realização da restauração provisória ao longo do tratamento.

Figura 5: Enceramento diagnóstico.

Em seguida iniciou-se a remoção dos laminados cerâmicos. Para isso foi utilizado ponta diamantada #2135 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) (Figura 6) a) e discos de óxido de alumínio Sof-Lex (3M ESPE, St. Paul, MN, USA) (Figura 6) b). Após a remoção dos laminados cerâmicos e substituição das restaurações classe IV, todos os ângulos foram arredondados e as superfícies preparadas foram finalizadas e polidas com pontas de silicone abrasivo (Optimize, TDV Dental, Pomerode, SC, Brasil) (Figura 7).

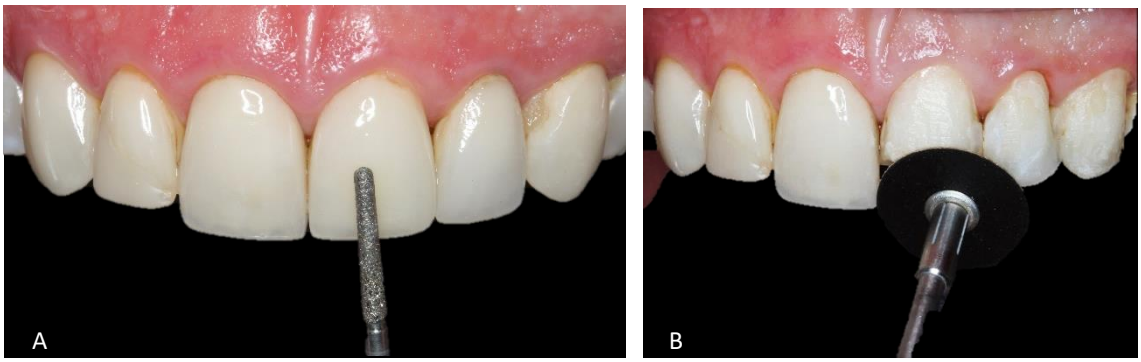

Figura 6: A) Remoção dos laminados cerâmicos com ponta diamantada #2135; B) remoção do cimento com discos de óxido de alumínio Soft-Lex.

Figura 7: Aspecto dos dentes após a preparação para os laminados cerâmicos.

Os dentes preparados foram submetidos a moldagem com impressão única utilizando material de polivinil-siloxano em consistências leve e pesada (Express XT, 3M ESPE, São Paulo, MN, EUA). Previamente a moldagem, um fio retrator gengival #000 Ultrapak (Ultradent Products, South Jordan, UT, USA) foi colocado no sulco gengival (Figura 8) e deixado por quatro minutos para retrair adequadamente a margem gengival. O fio foi removido no momento da inserção do material de moldagem e a seleção de cor das cerâmicas (HT BL3) foi realizada. Os moldes da maxila e mandíbula foram enviados

para o técnico de prótese dentária para vazamento e fabricação de facetas de cerâmica vítrea reforçada por dissilicato de lítio e.max®Press (Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil).

Figura 8: Inserção do fio retrator gengival #OOO.

Em seguida, foi realizado o ensaio restaurador com resina bis-acrília (Yller Biomateriais AS, Pelotas, RS, Brasil) (Figura 9), permitindo a pré-visualização do tratamento final, como mencionado anteriormente e possibilitando a aprovação pelo paciente. O mock-up foi utilizado para a confecção da restauração provisória.

Figure 9: Ensaio Restaurador com resina bis-acrílilca.

Após a confecção dos laminados, os mesmos foram provados para checar adaptação, formato e cor para posterior cimentação. Previamente aos procedimentos de cimentação, os dentes foram submetidos a profilaxia com escova robinson associada a pasta profilática.

Foi confeccionado um guia com silicona por condesação Zetaplus (Zhermack, Badia Polesine, RO, Italy) para facilitar o manuseio das peças durante o preparo das mesmas (Figura 10). A superfície interna dos laminados cerâmicos foi condicionada com ácido fluorídrico 10% Condac Porcelana (FGM Produtos Odontológicos, Joinville, SC, Brazil) por 20 segundos (Figura 11)a), enxaguada em água corrente e seca com ar. Em seguida, aplicou-se uma fina camada de silano (Monobond N, Ivoclar Vivadent AG) e aguardou-se o tempo de 60 segundos (Figura 11)b), conforme as instruções do fabricante.

Figura 10: Guia de silicona para preparo das peças protéticas.

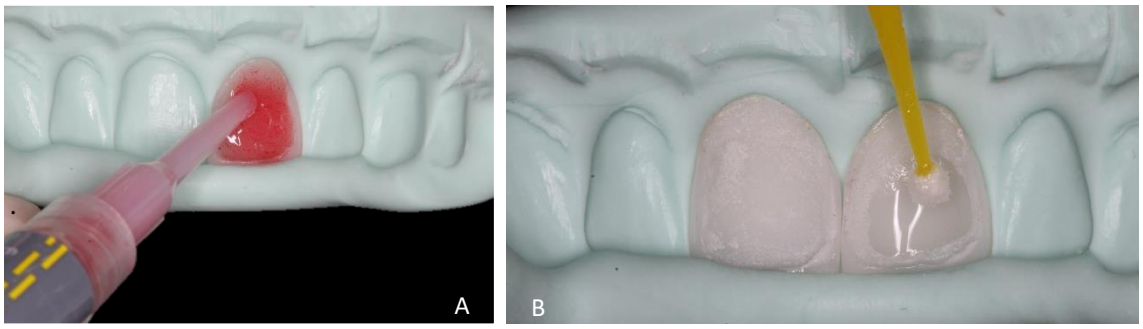

Figure 11: A) condicionamento da peça e B) aplicação do silano.

A cimentação dos laminados foi realizada individualmente para cada dente, seguindo a mesma sequência operatória para todos. Após a profilaxia e isolamento do campo operatório com dique de borracha, os dentes adjacentes foram vedados com fita à base de politetrafluoroetileno (Isotape, TDV Dental) (Figura 12) a) e a superfície do dente foi tratada com ácido fosfórico 35% Ultra-Echt (Ultradent Products, South Jordan, UT, USA) por 15s em esmalte e 30 segundos em dentina (Figura 12) b), enxaguado e secado cuidadosamente (Figura 12) c). Adicionalmente, uma camada de agente adesivo (Adepter Single Bond, 3M ESPE) foi aplicada uniformemente durante 10 segundos (Figura 12) d), criando um revestimento fino, seguido por leve secagem de ar para espalhar a espessura do adesivo e permitir a evaporação do solvente.

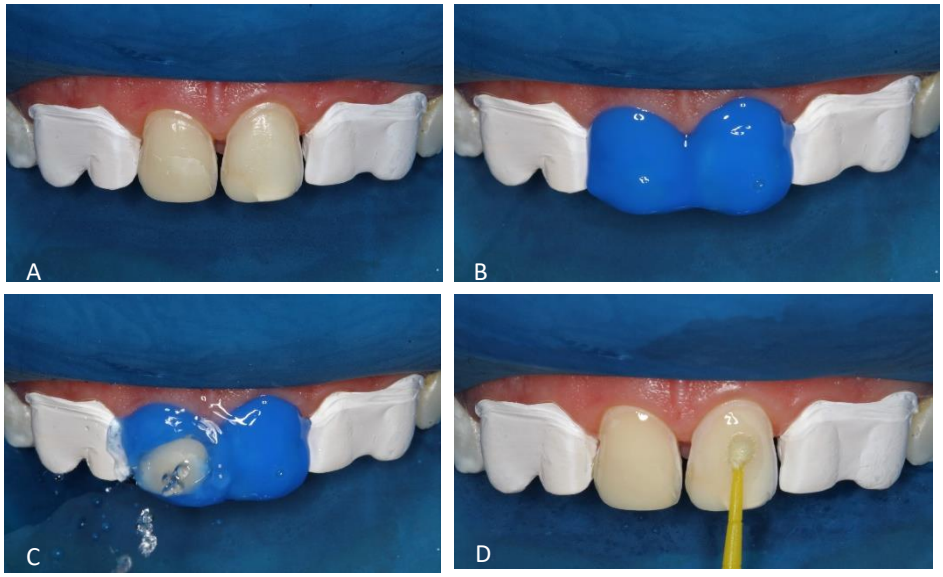

Figure 12: A) Proteção dos dentes adjacentes com fita à base de politetrafluoroetileno; B) Condicionamento do dente com ácido fosfórico; C) Remoção do ácido fosfórico em água corrente e D) Aplicação do adesivo.

O cimento utilizado nesse caso foi o cimento resinoso fotopolimerizável (RelyX Veneer - 3M ESPE) cor TR, que foi aplicado na superfície interna do laminado, posicionado na superfície do dente (Figura 13) a) e fotoativado pelo fotopolimerizador (Ultradent, South Jordan, UT, EUA) por 5 segundos. Em seguida foram removidos os excessos com auxílio de um pincel (Figura 13) b), fio dental (Figura 13) c) e instrumentos manuais e o laminado foi novamente polimerizado por 40 segundos nas faces vestibular

e palatina (Figura 13) c). A remoção dos excessos de cimento foi realizada com lâmina de bisturi.

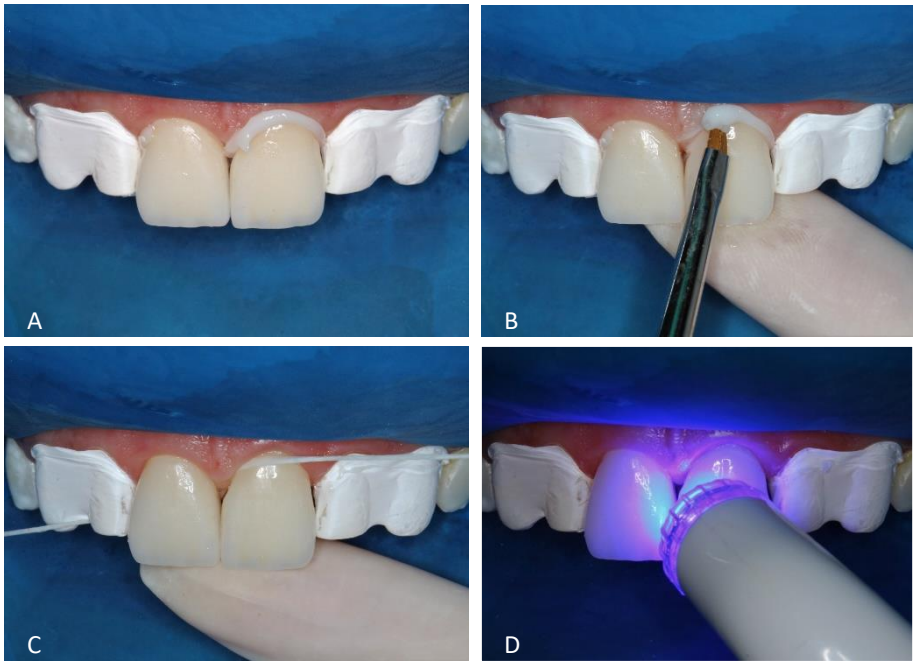

Figure 13: A) Posicionamento da peça com cimento no dente; B) Remoção dos excessos do cimento com pincel; C) Remoção dos excessos do cimento com fio dental e D) Fotoativação do cimento.

Após a cimentação de todos os laminados, as margens cervicais foram verificadas e em seguida foi realizado o polimento da linha de cimentação com pontas de silicone abrasivo (Kit de acabamento e polimento 8090D, KG Sorensen) e o resultado final pode ser visto imediatamente (Figura 14).

Figura 14: A) Aspecto intra-oral após a substiruição dos laminados cerâmicos pré-existentes e B) Aspecto final do sorriso do paciente.

Por ser bruxista e professor de educação física, o paciente, assim como na primeira intervenção, foi novamente conscientizado da importância do acompanhamento periódico e, nesse momento, do controle da sua parafunção e uso de protetor bucal. (Figura 15).

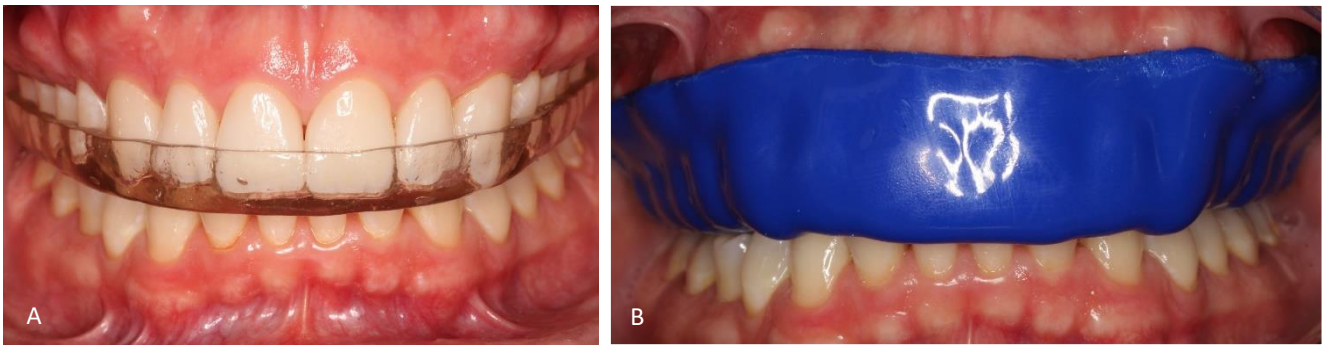

Figura 15: A) Placa oclusal para controle do bruxismo; B) Protetor bucal para proteção durante atividades física de contato.

5 DISCUSSÃO

Atualmente, os laminados cerâmicos têm sido amplamente utilizados para reestabelecimento da estética dos dentes anteriores (Rotoli B, 2013; Scopin De Andrade O, 2014). Eles são utilizados como uma alternativa conservadora para tratamentos estéticos que envolvem alteração de cor em dentes anteriores que não responde ao tratamento clareador, como dentes manchados por tetraciclina, hipoplasia e amelogênese imperfeita, hipocalcificação do esmalte, fraturas dentárias, fechamentos de diastemas, má formação dentária congênita e alteração de forma dos dentes (BT Rotoli, 2013).

Nesse relato de caso, o paciente queixou-se da estética do seu sorriso, que apresentava fratura do laminado cerâmico do dente 12, microtrincas na cervical dos laminados nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 e pigmentação da linha do cimento. A necessidade de substituição dos laminados cerâmicos foi compartilhada com o paciente.

Apesar de apresentar sucesso clínico a longo prazo, os laminados cerâmicos estão sujeitos a falha. O sucesso desse tipo de tratamento está relacionado a correta indicação do caso, ao tipo de substrato a ser realizado a cimentação, tipo de cerâmica utilizada e ao acompanhamento periódico do tratamento realizado (Belser UC, 1997; Radz GM 2011; Strassler HE 2007). Muitas são as causas de insucesso dos laminados cerâmicos, desde pequenas trincas, como fraturas, manchamento da linha de cimentação, infiltrações, incidência de cárie e doença periodontal; podendo levar a substituição dos mesmos. A adesão ao tratamento pelo clínico e pelo paciente é crucial para que se possa evitar complicações ao longo do tempo, sendo necessário que o paciente esteja ciente disso.

O acompanhamento clínico periódico a longo prazo é importante para que se possa detectar complicações precoces nos laminados cerâmicos, afim de evita-las ou minimizá-las o mais fácil possível. No presente caso, o paciente desenvolveu bruxismo e, por não estar em acompanhamento clínico período e sem o uso de placa oclusal, tal hábito levou a interferências no tratamento, como microtrincas na cervical dos laminados (Magne P 2000).

Além disso, o estilo de vida do paciente também pode se tornar um fator crucial quando se diz a respeito de sucesso clínico a longo prazo, como a prática de atividade física de contato sem o uso de protetor bucal (Raghavan S, 2018), fato que levou a fratura do laminado cerâmico do dente 12 no presente caso.

No tratamento restaurador realizado há seis anos, foi utilizado cerâmica do tipo feldspática. De todos os tipos de cerâmica, as cerâmicas fedspáticas são as que apresentam as melhores características ópticas, porém, a desvantagem desse tipo de cerâmica é a sua alta friabilidade, baixa resistência a tração e baixa tenacidade a fratura (Giordano et. al., 2010). Frente ao hábito parafuncional de bruxismo e a prática de esporte de contato, no presente caso, foi indicado uma cerâmica reforçada com cristais de dissilicato de lítio, que perimte melhorar a resistência mecânica desse tipo de cerâmica, sem que as suas propriedades ópticas fossem afetadas.

Como o tratamento restaurador envolve a substituição de laminados cerâmicos, o ensaio restaurador para a pré-visualização do tratamento final (Reshad, 2008; Magne P, 2004) foi realizado apenas após a remoção dos laminados pré-existentes, facilitando a comunicação entre o clínico e o paciente, já que, se fosse realizado sobre os laminados pré-existentes, não haveria espaço para o material do ensaio restaurador. Um passo complementar nessa fase foi a confecção das restaurações provisória, permitindo a acomodação do tecido gengival, visualização da fonética e da oclusão (Magne P, 2004).

O tratamento com laminados cerâmicos inclui a cimentação dos mesmos na superfície dental do esmalte e/ou dentina, através de técnicas adesivas e um material de cimentação. No presente caso foi utilizado um cimento fotopolimerizável, que permite mínima interferência na longevidade estética dos laminados. Quando utilizado um cimento de cura dual, a presença de amina terciária nesses cimentos pode levar a uma interferência na estética, principalmente em laminados finos de cerâmica.

Como forma de proteção e visando a longevidade dos novos laminados cerâmicos, o paciente foi instruído não somente sobre a necessidade do uso de placa oclusal e placa protetora bucal, como também, da necessidade de se manter um acompanhamento clínico periódico nos próximos anos.

6 CONCLUSÃO

Os laminados cerâmicos são uma ótima opção para tratamentos que envolvem a estética de dentes anteriores, graças ao avanço dos materiais e técnicas. No entanto, para que se obtenha sucesso clínico a longo prazo é preciso que o acompanhamento clínico periódico seja incluído como uma etapa crucial ao tratamento, sendo necessário a conscientização tanto do cirurgião-dentista quanto do paciente.

REFERENCIAS*

American Academy of Orofacial Pain. Okeson JP, ed. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. Chicago: Quintessence Publish Co; 1996. p. 49-73.

Anusavice K J. Phillips Materiais Dentários. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Belser UC[1], Magne P, Magne M. Ceramic laminate veneers: continuous evolution of indications. J Esthet Dent. 1997;9(4):197-207.

Bona DA. Adesão as cerâmicas: evidências científicas para o uso clínico, São Paulo: Artes Médicas, 2009.

Dumfahrt H, & Schaffer H (2000) Porcelain laminate veneers: A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part II—Clinical results International Journal of Prosthodontics 13(1) 9-18.

El-Mowafy O, El-Aawar N, El-Mowafy N. Porcelain veneers: An update. Dent Med Probl. 2018 Apr-Jun;55(2):207-211. doi: 10.17219/dmp/90729.

Francischone CE, Coneglian EA, Carvalho RS. Coroas totais sem metal. Biodonto, 2004. v.1, n.6.

Giordano R, & McLaren EA (2010) Ceramics overview: Classification by microstructure and processing methods Compendium of Continuing Education in Dentistry 31(9) 682-684, 686, 688 passim; quiz 698, 700

Gomes EA, Assunção WG, Rocha EP, Santos PH. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. Cerâmica. (2008) 54: 319-325.

Gomes JC, Samara APB, Chibinski ACR, Cavina DA, Gomes OMM. Próteses estéticas sem metal. Biodonto, 2004. v.2, n.2.

Granell-Ruíz M, Agustín-Panadero R, Fons-Font A, Román-Rodríguez JL, Solá-Ruíz MF. Influence of bruxism on survival of porcelain laminate veneers. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014 Sep 1;19(5):e426-32.

Kina S. Cerâmicas dentárias. R Dental Press Estét. 2005; 2(2): 112-128.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouve Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed

Maestrello CL, Mourino AP, Farrington FH. Dentists' attitudes towards mouthguard protection. Pediatr Dent 1999;21:340-6.

Magne P, Perroud R, Hodges JS, Belser UC. Clinical performance of novel-design porcelain veneers for the recovery of coronal volume and length. Int J Periodontics Restorative Dent. 2000;20:440-57.

Morita RK, Hayashida MF, Pupo YM, Berger G, Reggiani RD, Betiol EA. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. Case Rep Dent. 2016;2016:1839793. doi: 10.1155/2016/1839793. Epub 2016 Dec 13.

Nachman BM, Smith JF, Richardson FS. Football players' opinions of mouthguards. J Am Dent Assoc 1965;70:62-9.

Pini NP, Aguiar FH, Lima DA, Lovadino JR, Terada RS, Pascotto RC. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. Clin Cosmet Investig Dent. 2012 Feb 10;4:9-16. doi: 10.2147/CCIDEN.S7837. Print 2012.

Raghavan S, Dayal P^2, Philip K, Gahlot MS. Dentists' Attitudes and perceptions toward protective mouthguards. Niger J Clin Pract. 2018 Mar;21(3):318-326. doi: 10.4103/njcp.njcp_336_16.

Ranalli DN, Lancaster DM. Attitudes of college football officials regarding NCAA mouthguard regulations and player compliance. J Public Health Dent 1993;53:96-100.

Reshad M, Cascione D, & Magne P (2008) Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients: A clinical report Journal of Prosthetic Dentistry 99(5) 333-339.

Rotoli BT, Lima DA, Pini NP, Aguiar FH, Pereira GD, Paulillo LA. Porcelain veneers as an alternative for esthetic treatment: clinical report. Oper Dent. 2013 Sep-Oct;38(5):459-66. doi: 10.2341/12-382-T. Epub 2013 Apr 3.

Saini R. Sports dentistry. Natl J Maxillofac Surg. 2011 Jul;2(2):129-31. doi: 10.4103/0975-5950.94465.

Scopin De Andrade, O. Adhesive Oral Rehabilitation: Maximizing Treatment Options with Minimally Invasive Indirect Restorations. (2014)

Seals RR Jr, Marrow RM, Kuebker WA, Farney WD. An evaluation of mouthguard programs in Texas high school football. J Am Dent Assoc 1985;110:904-9.

Strassler HE[1]. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. Gen Dent. 2007 Nov;55(7):686-94; quiz 695-6, 712.

Touati B, Etienne JM. Extensive aesthetic rehabilitation with CAD/CAM all-ceramic crown restorations. Pract Periodontics Aesthet Dent. 2000 Sep;12(7):661-5.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouve Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed

ANEXO 1

VERIFICAÇÃO DE ORIGNALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO

Monografia Bruna

ORIGINALITY REPORT

4%	4%	1%	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.unicamp.br Internet Source	2%
2	unitri.edu.br Internet Source	1%
3	www.apcd.org.br Internet Source	1%

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	On		