

LAMINADOS CERÂMICOS

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E MANUTENÇÃO

Oswaldo Scopin de Andrade | Sérgio Siqueira Jr. | Arioaldo Stefani
Maristela Lobo | Márcio Seto

A utilização de laminados cerâmicos é extensamente documentada, fazendo deste procedimento um dos mais utilizados por clínicos e desejado por pacientes que necessitem de um “novo sorriso”. Como mencionado anteriormente, os artigos e técnicas utilizados exploram temas como protocolo de tratamento passo a passo. Neste capítulo, serão apresentados, além do protocolo, alguns critérios associados a este tipo de tratamento de extrema importância na longevidade de laminados cerâmicos.

Serão discutidos alguns casos clínicos da sequência de tratamento estético, sendo incluídos no passo a passo dois itens que verificamos, através da prática clínica, têm sido deixados de lado pelo clínico:

- A oportunidade de manipular a altura da margem gengival simultaneamente ao tratamento com laminados, permitindo, assim, uma melhor relação com a linha do sorriso.
- A avaliação cuidadosa das margens para remover o excesso de cimento resinoso ou o sistema adesivo do periodonto de proteção, como parte decisiva no sucesso de médio e longo prazos.

A popularidade da técnica, que hoje alcança uma grande parte da população graças aos meios de comunicação, vai de encontro com a falta de conhecimento técnico e/ou biológico associado ao

treinamento inadequado de profissionais na área da Odontologia Restauradora, que pode levar a complicações e iatrogenias que muitas vezes são impossíveis de serem solucionadas. A Odontologia Restauradora Adesiva é baseada em técnicas previsíveis, porém, dependente de uma série de fatores para atingir excelência, ou seja, não é possível de realizá-la sem entendimento de todos os passos da execução da técnica.

Por ser um procedimento estético, o tratamento com laminados vai além de um procedimento restaurador. Para o ser humano, a estética é um conceito altamente subjetivo, que está relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos que se alteram em função do tempo, dos valores de vida e da idade do indivíduo. Com isso, a avaliação das expectativas do paciente e o entendimento das possíveis soluções terapêuticas e problemas relacionados a intercorrências

e limitações técnicas e/ou biológicas são essenciais antes de se iniciar qualquer planejamento. O paciente deve estar ciente de todos os passos que envolve o tratamento e o tempo para finalização.

Na Odontologia atual, o profissional possui diversas opções restauradoras para reconstrução de dentes anteriores. A abordagem geralmente envolve procedimentos integrados com materiais restauradores, diretos e indiretos, e algumas vezes alteração de margem gengival. Nestes casos, procedimentos como enxertos para recobrimento radicular, alterações de biótipo periodontal (KAN, RUNGCHARASSAENG & LOZADA, 2005) ou manipulação da altura dos tecidos são aplicados e documentados nos tratamentos envolvendo a Odontologia integrada atual. A determinação do melhor tipo de abordagem envolve análise e critérios como conhecimento prévio dos passos laboratoriais a serem executados pelo técnico em prótese dental (TPD). Hoje em dia, o clínico deve ter conhecimento aprofundado dos materiais e técnicas disponíveis nos laboratórios de prótese dental, pois, desta maneira, consegue elaborar tanto o planejamento como o custo de forma mais precisa.

Acreditamos que nenhum tipo de tratamento poderá ter êxito sem o estabelecimento de um correto diagnóstico e adequado planejamento. Esta etapa é, provavelmente, uma das mais importantes e imprescindíveis para a obtenção de excelência e da longevidade clínica (BARATIERI, 2002).

Este capítulo tem o objetivo de apresentar algumas estratégias e critérios aplicados na clínica diária que visam a facilitar o planejamento e a execução das restaurações estéticas na região anterior, possibilitando trabalhar com uma maior previsibilidade de resultados e máxima preservação da estrutura dental e dos tecidos moles.

ABORDAGEM INICIAL

O primeiro contato com o paciente que procura um tratamento restaurador estético tem por finalidade compreender as necessidades primordiais deste paciente, isto é, entender qual é a queixa principal. Assim, o profissional deve ouvir atentamente as explicações do paciente, buscando definir seu histórico, nível de expectativa e grau de exigência com relação ao tratamento a ser realizado (FRADEANI, 2004).

Uma sequência de procedimentos deve ser feita para que se obtenham informações essenciais para a elaboração de um planejamento estético individualizado, a começar por um exame clínico detalhado, que deve

ser complementado com as radiografias, fotografias padronizadas e modelos de estudo de boa qualidade e articulados (ANDRADE, STEFANI & SIQUEIRA, 2010).

Para que esse resultado seja alcançado, utilizamos um planejamento reverso, com padrões de estética periodontal e de posicionamento dental integrados. Este conceito vai além do planejamento de uma única especialidade. O primeiro item a ser definido é a posição dental espacial desejada, ou seja, a borda incisal e o limite cervical da margem gengival dentro do sorriso. Com estas duas referências, é possível determinar a distribuição de dentes na arcada e a relação dos mesmos com o sorriso e com o tecido gengival. Atualmente, observa-se que a exigência dos pacientes não está restrita à simples instalação de um laminado na região de um dente extensamente restaurado, e sim envolve o restabelecimento da forma dental e de todas as estruturas que o circundam. Portanto, o planejamento prévio cuidadoso de análise estética com fotografias, modelos e enceramento diagnóstico é fundamental para o resultado final e para determinar a sequência dos procedimentos.

RADIOGRAFIAS E FOTOGRAFIA DIGITAL

A requisição de um levantamento radiográfico periapical de qualidade de todas as áreas dentadas, bem como radiografia panorâmica, fazem parte de um exame complementar extremamente importante, pois, dentre as suas várias funções, possibilitam a visualiza-

ção de lesões ósseas, de comprometimento endodôntico, da qualidade restauradora interproximal ou endodôntica, da presença e volume de núcleos, da extensão do esmalte proximal, da adaptação proximal das restaurações, entre outras.

Em uma análise estética, há muitas informações a serem observadas que dificilmente podem ser anotadas durante a primeira consulta clínica. A obtenção de fotografias em diferentes ângulos pode auxiliar o profissional a analisar com tranquilidade detalhes estéticos na ausência do paciente (GUREL, 2003). Além do auxílio na montagem do plano de tratamento inicial, as fotografias podem ser úteis para diversas outras situações. Um protocolo de fotografia digital padronizado é um instrumento de marketing potente e uma ferramenta auxiliar no diagnóstico e planejamento, além de facilitar a comunicação entre a equipe dental, o técnico em prótese dental e as diversas áreas que envolvem a Odontologia.

As imagens registradas, juntamente com os modelos de estudo conferem uma condição imprescindível para uma análise estética minuciosa a ser conduzida sem a presença do paciente.

MODELOS DE ESTUDO E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

A obtenção de modelos de estudo da arcada superior e da inferior permite uma visualização tridimensional dos dentes e tecidos adjacentes, facilitando a visualização. Através dos modelos, podem-se observar detalhes dos tecidos gengivais, posicionamento, inclinação e alteração de formas dentais e relações dos dentes com os seus respectivos antagonistas. Para o planejamento inicial, pode ser utilizado alginato, porém, para a confecção de enceramento ou mesmo de provisório, é preferível sempre utilizar um material com melhor qualidade de reprodução e que possa ser vazado mais de uma vez, como os materiais à base de silicone de adição, que permitem a obtenção de mais de um modelo a partir do mesmo molde.

Quando for necessário realizar alterações discretas ou severas, o enceramento diagnóstico realizado sobre os modelos de estudo facilita a visualização da forma, posição e proporção das futuras restaurações, que devem ser realizadas de acordo com o melhor arranjo funcional e estético possível (ADOLFI, 2009). Este enceramento é importante também para a discussão do caso com o paciente, que muitas vezes tem dificuldade de imaginar todas as possíveis modificações que podem ser realizadas em seu sorriso após o tratamento.

SIMULAÇÃO DE TRATAMENTO (MOCK-UP)

A previsão e a obtenção mais fiéis possível do resultado final de um tratamento são essenciais no planejamento de uma reabilitação estética (RESHAD, CASCIONE & MAGNE, 2008).

O planejamento restaurador em modelos de estudo e a simulação do tratamento restaurador intraoral permitem ao profissional trabalhar com maior segurança, consequentemente diminuindo a possibilidade de erros em casos mais complexos ou quando múltiplas alterações deverão ser realizadas. Eventualmente, essa simulação pode não ser necessária para problemas isolados e casos mais simples, envolvendo menor número de dentes, como em um ou dois elementos.

Assim que a morfologia e o posicionamento dental desejados são obtidos através do enceramento diagnóstico, inicia-se a sequência de simulação. Juntamente com o enceramento são criados instrumentos que possibilitem a transferência da simulação para a boca. É importante salientar que estes ensaios intraorais, ou *mock-ups*, devem ser realizados sem o condicionamento ácido dos tecidos den-

tais, para que, depois de cumprida a sua finalidade, eles possam ser facilmente removidos. Se desejado que esta simulação permaneça por mais tempo na cavidade bucal, podem-se realizar o condicionamento e a aplicação de adesivo de pequenas áreas na vestibular dos dentes envolvidos, promovendo estabilidade do ensaio restaurador.

Outra forma de se realizar este ensaio é a utilização de uma resina composta para restaurações provisórias, genericamente denominada *bis-acryl*, que se polimeriza quimicamente ao ser automisturada em pistolas com pontas semelhantes às utilizadas nos sistemas de silicone de adição. Para o procedimento, realiza-se uma moldagem do enceramento diagnóstico com silicone por condensação de uso laboratorial. Posteriormente, esta matriz obtida da moldagem é preenchida com uma resina *bis-acryl*, levada aos dentes não preparados e mantida em posição até a completa polimerização, que normalmente ocorre entre três a quatro minutos. Ao final do tempo de polimerização, remove-se a matriz para avaliar o ensaio diagnóstico em posição; se necessário, ajustes podem ser realizados neste passo clínico. Neste caso, se algum desgaste dental ou alteração de níveis gengivais forem necessários, eles serão realizados somente após a aprovação da forma, do tamanho e do comprimento dental por parte do profissional e do paciente.

Após a conclusão do ensaio restaurador, é necessário que o paciente e o profissional avaliem o resultado obtido e, havendo a necessidade, ajustes e modificações intraorais poderão ser realizados de acordo com as características e anseios de cada paciente. Após a aprovação, é realizada uma nova série de foto-

grafias intra e extraorais com o *mock-up* em posição (Figuras 01, 02, 03 e 04). É prudente e de extrema utilidade para o laboratório que seja enviado um modelo obtido a partir de uma moldagem de alginato do *mock-up* em posição.



01, 02 - Fotos do sorriso frontal e lateral de um paciente jovem do gênero masculino com presença de desgaste severo causando incômodo estético e funcional.

03, 04 - Fotos do sorriso frontal e lateral com o *mock-up* (simulação) em posição para análise estética pré-operatória.

OPÇÃO COM TRATAMENTO RESTAURADOR INDIRETO

Quando vários dentes anteriores apresentam perda significativa da estrutura ou alterações de forma, restaurações cerâmicas tornam-se a melhor opção clínica (MAGNE, GALLUCCI & BELSER, 2003).

Nos casos em que problemas generalizados são observados, bem como grande número de restaurações extensas, com manchamentos e alterações de forma observados em vários dentes,

indica-se a utilização de laminados cerâmicos. Descolorações por tetraciclina, que são resistentes ao clareamento, podem também ser efetivamente tratadas com esta modalidade restauradora, podendo apresentar elevada satisfação com relação à estética, apresentando índices de satisfação estética acima de 90% após 10 anos.



05 - Imagem mostrando paciente com manchas de tetraciclina, uma indicação clássica para utilização de laminados cerâmicos.

06 - 07. Finalização do caso após a realização de laminados do elemento 14 ao 25.

Na necessidade de reposição de guia anterior, laminados cerâmicos são mais indicados graças às melhores propriedades mecânicas quando comparadas às das resinas compostas. Porém, facetas indiretas de resina também podem ser utilizadas como diagnóstico funcional em pacientes jovens que serão futuros candidatos a laminados cerâmicos. É importante enfatizar que o correto ajuste dos movimentos excursivos e o ajuste de guias caninos influencia diretamente a longevidade e a preservação da área incisal (FRADEANI, REDEMAGNI & CORRADO, 2005).

Pacientes com alta expectativa estética e que apresentam facetas de resinas compostas realizadas anteriormente com resultados insatisfatórios, solicitando resultados melhores com outros materiais mais estáveis, com menos manchamentos e melhor estética, também representam casos em potencial para o faceamento indireto com cerâmica.

A grande vantagem da natureza da técnica indireta é a fabricação das peças de forma extraoral, otimizando os resultados estéticos e os procedimentos de acabamento e polimento.

Os laminados cerâmicos apresentam diversas vantagens, como a capacidade de aderirem ao substrato dental (para laminados, são sempre utilizadas cerâmicas adesivas passíveis de condicionamento), a estabilidade de cor, a alta resistência e a durabilidade, a menor retenção de placa, a expansão térmica e a rigidez semelhante ao esmalte dental.

Estudos *in vivo* demonstram elevado potencial para o estabelecimento de uma adaptação marginal contínua e estável, facilitando a manutenção da integridade periodontal com alto grau de satisfação pelos pacientes (PEUMANS et al., 2000).



08 - Caso com restaurações extensas de resina composta causando desconforto estético.

09 - Caso da Figura 08 finalizado com laminados cerâmicos do elemento 13 ao 23.

UTILIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO INICIAL PARA O TRATAMENTO RESTAURADOR E O USO DO ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO PARA CONFEÇÃO DE PROVISÓRIOS DIRETOS

O planejamento inicial é fundamental na busca pelos melhores resultados estéticos e funcionais dos procedimentos restauradores (JOLY, CARVALHO & SILVA, 2010). A utilização de algumas técnicas aliadas a este planejamento permite a execução do trabalho com maior previsibilidade de resultados.

Uma restauração provisória adequada é necessária para a proteção dental contra as injúrias térmicas, o acúmulo excessivo de placa e a manutenção das distâncias interproximais.

Os provisórios diretos podem ser confeccionados da mesma forma que os ensaios restauradores de diagnóstico, isto é, utilizando-se as resinas denominadas *bis-acryl*, com a mesma matriz obtida do enceramento diagnóstico. Ela é levada aos preparos e mantida em posição até a completa polimerização da resina. Ao final do tempo de polimerização, remove-se a matriz e se realizam os acabamentos e polimentos necessários nas restaurações provisórias, que estão unidas entre si e serão cimentadas provisoriamente, proporcionando assim uma maior previsibilidade dos resultados finais. Se os preparos estiverem em esmalte, o provisório pode ser fixado com uma resina tipo *flow*, ou um cimento resinoso. O importante é não condicionar o esmalte com ácido fosfórico. Des-

ta maneira, não haverá adesão, facilitando a remoção no momento da cimentação. Como os provisórios para laminados são muito delgados, é sempre preferível um "cimento" com características estéticas, para melhor visualização final e conforto do paciente. Cimentos como fosfato de zinco e de hidróxido de cálcio têm cores que transparecem através dos provisórios. Se houver presença de resinas antigas nos dentes envolvidos, é prudente aplicar uma pequena quantidade de vaselina sólida somente sobre a área em que se encontram essas resinas. O polimento do provisório por ser obtido através da aplicação de uma resina fluída (adesivo hidrófobo) fotopolimerizável (Scotchbond passo 3 / 3M - ESPE), utilizado para aumentar o brilho, a estabilidade de cor e o polimento destas restaurações, facilitando a higienização e diminuindo a retenção de placa (Figura 10).

Após a instalação dos provisórios, é normal o paciente queixar-se do excesso de volume dental ou de uma leve pressão na gengiva devido à proximidade do tecido gengival. O clínico deve checar cuidado-

samente se há pressão excessiva que possa causar dano e/ou recessão da margem gengival. Para isto, ele deve ser informado que o objetivo da avaliação estética dos provisórios requer uma análise clínica de vários dias e, em casos de dúvidas da finalização estética, deve-se "provar" as restaurações provisórias por alguns dias ou mesmo semanas, para, em outra consulta, discutir alterações possíveis e melhorias à manipulação tecidual.

Se alterações forem posteriormente realizadas, a melhor forma de se transferir estas alterações para o laboratório é por meio de uma moldagem final dos provisórios com alginato ou silicone por condensação, associando-a sempre com a realização de novas fotografias. Estes são os meios mais efetivos de se transferir a correta posição incisal, forma e posicionamento dos dentes para o laboratório.



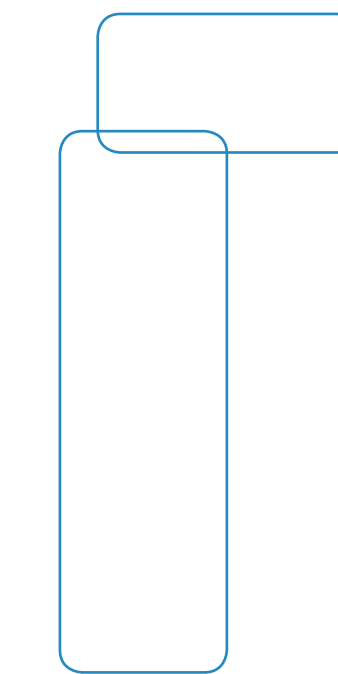
10 - Provisórios nos incisivos superiores após três semanas em posição. Note que a presença de acabamento marginal adequado e a utilização de uma resina fluída sobre o acrílico diminuíram a formação de placa bacteriana, preservando a qualidade do tecido gengival.

DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

A paciente TM, 28 anos, sexo feminino, procurou a clínica de Pós-Graduação de Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC com queixas relacionadas ao sorriso e à forma dental (Figuras 11 e 12). Depois das avaliações e dos exames iniciais, de exame fotográfico, radiográfico e modelos de estudo, a equipe multidisciplinar, formada por protesista, periodontista e técnico em prótese dental, definiu a proposta de tratamento apresentada para a paciente. Através do *mock-up* baseado no enceramento (Figuras 13 e 14). Com o tratamento aprovado pela paciente, foi confeccionado no laboratório de prótese um guia cirúrgico periodontal (Figura 15), baseado no enceramento inicial, para realizar o recontorno cirúrgico da margem gengival (Figuras 16 a 19). Com espera aproximada de três meses de pós-operatório (Figura 20), os preparos foram realizados com máxima preservação de esmalte dental. A longevidade clínica de laminados está relacionada diretamente aos cuidados na manutenção do esmalte e aos procedimentos de cimentação adesiva. Os laminados cerâmicos foram confeccionados em laboratório e cimentados nos elementos 12 a 22,

devolvendo equilíbrio e proporção ao sorriso e aos elementos dentais. (Figuras 21 a 24). Cuidado extra foi tomado no ajuste dos guias em canino; se o guia não estiver presente, o que deve ser detectado no modelo final, devem-se realizar restaurações diretas na borda incisal com uma resina micro-híbrida, que futuramente pode ser substituída por um laminado.

Em casos de modificação de guias anteriores, que implica em novos movimentos da mandíbula e, conseqüentemente, em um novo padrão de oclusão, é sempre indicada a colocação de uma placa rígida de acrílico para proteção na fase inicial pós-inserção dos laminados. A paciente foi orientada à utilização noturna da placa pelo período de seis meses. O controle clínico é feito quinzenalmente por 45 dias, com ajustes eventuais em caso de desconforto muscular (Figura 25).

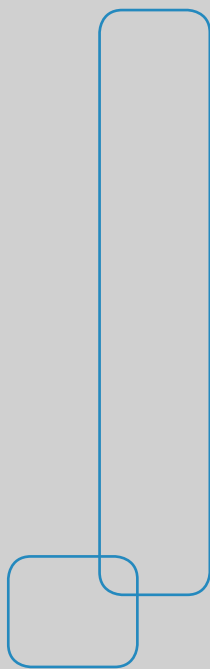


11 · 12. Imagem mostrando sorriso de paciente descontente com o desalinhamento dos dentes e a excessiva exposição do tecido gengival. Aplicando a avaliação com *checklist*, é possível notar a desproporção entre largura, altura e margem gengival dos dentes anteriores.

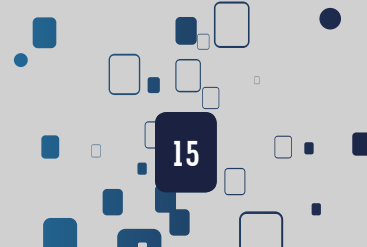
13 · Enceramento inicial da região anterior de maxila.

14 · *Mock-up* em posição para avaliação.

15 · Guia cirúrgico em resina acrílica para realização da cirurgia de modificação da margem gengival.



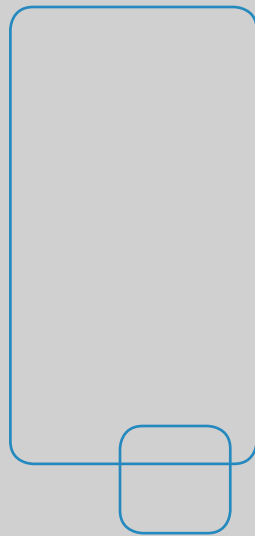
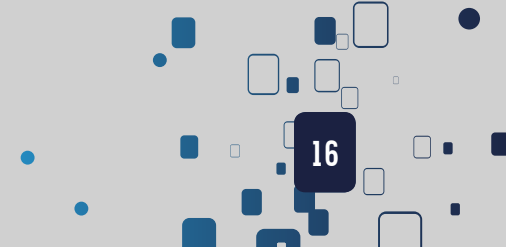
16 - 19. Sequência clínica de realização da cirurgia com utilização de guia confeccionado sobre o encerramento aprovado no mock-up.



20 - Imagem pós-operatória após três meses.

21 - 24. Imagem do caso finalizado após a finalização da sequência de cimentação.

25 - Foto mostrando placa rígida de acrílico recomendada por seis meses.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do conhecimento técnico e científico envolvendo Periodontia e Prótese é essencial para o planejamento e a execução de laminados cerâmicos.

A avaliação do protocolo de tratamento descrito neste capítulo possibilita uma melhor interação entre os profissionais e o paciente através das fotografias e dos modelos de estudo encerados. O foco e o direcionamento sempre são baseados no enceramento diagnóstico com o auxílio das matrizes de silicone que permitem a transferência da simulação e facilitam a confecção dos provisórios e das restaurações, tendo em vista o resultado final estético desejado.

DICAS CLÍNICAS

É evidente, tanto em clínicas particulares quanto em cursos, que a popularização da técnica da Odontologia Adesiva veio, infelizmente, acompanhada de pressa ou descuido. Tratamentos estéticos são vendidos como procedimentos rápidos de poucas sessões. Essa promessa muitas vezes implica em descuidos com o periodonto e com o ajuste e a análise oclusal. Imaginando-se que todo tratamento estético seja um procedimento restaurador, o profissional esmera-se em saber das mais diversas técnicas de preparo, escultura, ou ainda da composição química detalhada de diferentes cimentos adesivos, e deixa de lado um importantíssimo passo do tratamento

com laminados, que é o cuidado com o tecido periodontal durante a cimentação e os cuidados com a oclusão.

1. Como primeira dica, algumas imagens de resposta do periodonto ao descuido com a cimentação foram selecionadas (Figuras 26 a 29)

2. Se você fará facetas de canino a canino e os provisórios serão fixados e em um bloco só para melhor estabilidade e com limitada possibilidade de higienização da área proximal, deixe pré-agendado com o laboratório esse trabalho de forma que os provisórios permaneçam em boca, com controle mecânico e químico de biofilme limitado, pelo menor tempo possível. Não utilize enxaguatório com digluconato de clorexidina.

3. Depois de os provisórios terem sido removidos e os preparos limpos, prove os laminados sem o fio de afastamento para que você consiga avaliar se o volume cervical proximal da cerâmica não invadirá a área da papila gengival, e para que não ocorra invasão de espaço biológico. Prove-as individualmente, checando a adaptação e depois todo o conjunto, prestando atenção no contato proximal



26 · 27. Excesso de cimento e adesivo incorretamente removido.

28 · 29. Tecido marginal inflamado devido ao acabamento inadequado na margem cervical intrassulcular dos laminados.

e se há presença de *black spaces*. Se o volume estiver exagerado, por excesso de cerâmica ou por edema inflamatório decorrente do provisório, é possível perceber que a gengiva “expulsa” o trabalho protético para fora do preparo, dificultando a inserção e a checagem das margens e da área de contato proximal. Descubra a causa antes de fazer qualquer desgaste; muitas vezes, pode haver recessão desta margem devido a um trauma ao espaço biológico, e isto requer um ajuste do preparo e uma nova moldagem.

4. Conferidos todos os quesitos protéticos (estabilidade, cor de cimento, ponto de contato e adaptação marginal), selecione um fio de afastamento (neste caso, ele terá a função de proteger o sulco periodontal) compatível com periodonto do paciente, com pequena quantidade de hemostático,

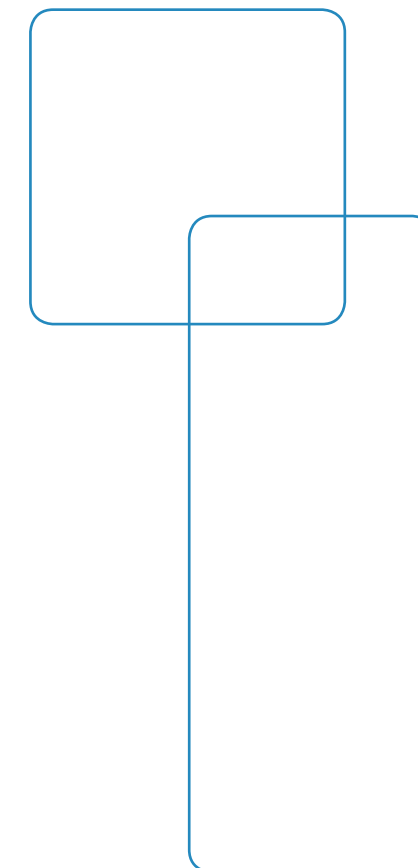
livre de sulfato férrico. Utilize hemostáticos do tipo “clear” (transparente) que não causarão pigmentação e alteração da estrutura dental se esta estrutura tiver restaurações próximas à margem do preparo. O fio deverá ser previamente cortado na medida ideal sobre o modelo de trabalho, sem excessos. Se você tiver dúvida sobre que fio escolher, utilize o de menor calibre, lembrando que quanto mais fino for o fio, maior a dificuldade de ser removido. O tamanho de fio que permite bom afastamento e é fácil de remover é o de numeração 00 (Ultrapack, Ultradent). Este fio auxilia o deslocamento apical da margem gengival, facilitando o acesso e a visualização (Figura 30).



5. Cimente um elemento de cada vez, protegendo o preparo do dente vizinho com fita de teflon.

6. Você pode polimerizar o cimento resinoso inicialmente por três segundos e, mantendo o apoio digital da peça durante todo o processo, faça a remoção delicada do excesso ainda durante a fase gel. **IMPORTANTE:** Utilize movimentos laterais no sentido méso-distal, ou vice-versa, em relação à margem cervical. **NÃO** utilize movimento de tração no sentido ápico-coronário, com risco de fratura de borda da cerâmica. Cuidado para não agredir o tecido gengival nesta fase.

7. Antes de cimentar a próxima coroa ou laminado, prove-a novamente. Assim você se certificará de que não escorreu cimento ou adesivo sobre o próximo preparo, impossibilitando a correta inserção. Caso tenha ocorrido, remova-o com instrumento de corte manual como, por exemplo, um recortador de margem gengival, lixas de resina composta ou curetas de periodontia afiadas e de tamanho compatível com a região.



8. Depois do último elemento cimentado, aplique um jato de água / ar no sulco e remova delicadamente o fio. Neste momento, o sangramento poderá dificultar a visualização de toda área. Ainda com o isolamento em posição, inspecione com instrumento fino e delicado todo o perímetro da prótese, a junção entre cerâmica/dente. Se excessos de cimento estiverem presentes, utilize novamente os instrumentos manuais, sempre lateralmente, não faça movimentos de raspagem periodontal que possam fraturar a fina margem do laminado. Para áreas interproximais, é prudente utilizar tiras de lixa para resina composta, evitando tiras diamantadas, as quais podem riscar a cerâmica. Para áreas livres, nas quais é possível acessar as margens, utilizam-se borrachas para acabamento e polimento de resinas como, por exemplo, Astropol (Ivoclar Vivadent) ou Enhance (Dentsply). Para áreas intrassulculares, uma lâmina de bisturi 12d auxilia a remoção de excessos que não se deslocaram com as lixas. Como exceção, caso grandes volumes de cimento resinoso tenham "escapado" dos olhos do cirurgião ainda durante a fase gel, eles devem ser removidos com tiras de lixa metálicas serrilhadas, de centro neutro, sempre com muito cuidado. Tenha tiras de lixa de granulções diferentes e termine o acabamento com a mais delicada tira de lixa de resina composta, sem manipular e preservando o ponto de contato.

AGRADECIMENTOS

Ao Laboratório de Prótese Aliança e ao Laboratório Luiz Alves Ferreira por terem colaborado com o planejamento e a execução dos casos apresentados neste capítulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc.* 2005;33:865-871.
2. Baratieri LN. **Caderno de dentística:** Restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. Livraria Santos, 2002.
3. Fradeani M. **Esthetic Analysis:** A systematic approach to prosthetic treatment. Chicago: Quintessence, 2004.
4. Andrade OS, Stefani A, Siqueira SJ. **Implantodontia e Estética.** Dentistry Brasil. 2010;1:28-36.
5. Gurel G. Predictable, precise, and repeatable tooth preparation for porcelain laminate veneers. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2003;15:17-24; quiz 26.
6. Adolfi D. Functional, esthetic, and morphologic adjustment procedures for anterior teeth. *Quintessence Dent Technol.* 2009; 32: 153-168.
7. Reshad M, Cascione D, Magne P. Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2008;99:333-339.
8. Magne P, Gallucci GO, Belser UC. Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects. *J Prosthet Dent.* 2003;89:453-461.
9. Fradeani M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain laminate veneers: 6- to 12-year clinical evaluation--a retrospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005;25:9-17.
10. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: a review of the literature. *J Dent.* 2000;28:163-177.
11. Joly JC, Carvalho PFM, Silva RC. **Reconstrução Tecidual Estética.** São Paulo: Artes Médicas, 2010.