

Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio

Aesthetic Rehabilitation with Ceramic Veneers Reinforced by Lithium Disilicate

Paulo V. SOARES¹, Lívia F. ZEOLA², Paola G. SOUZA², Fabrícia A. PEREIRA³, Giovana A. MILITO⁴, Alexandre C. MACHADO⁵

1 - Professor da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Departamento de Dentística e Materiais Odontológicos.

2 - Graduanda da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

3 - Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

4 - Pós-graduanda (Mestrado) em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

5 - Pós-graduando (Mestrado) em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

A constante busca por um sorriso harmônico e estético eleva o nível de exigência e de expectativa dos pacientes. As facetas laminadas destacam-se como opção de tratamento para a reabilitação estética na prática clínica por proporcionarem procedimentos mais conservadores e com mimetismo das estruturas dentais. O desenvolvimento de novos sistemas cerâmicos reforçados por dissilicato de Lítio e dos cimentos resinosos auto-ade-

sivos, favoreceu o aumento da longevidade e a performance clínica das restaurações estéticas indiretas. Este trabalho tem por objetivo apresentar relato de caso clínico de reabilitação estética do sorriso, descrevendo protocolo de confecção dos preparos convencionais, moldagem e cimentação de facetas cerâmicas reforçadas com dissilicato de Lítio, visando sucesso no tratamento e satisfação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Estética, facetas, cerâmica.

INTRODUÇÃO

A constante busca por um sorriso harmônico e estético eleva o nível de exigência e de expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas na Odontologia, visando procedimentos mais conservadores e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente¹. Entre as várias opções de tratamento com finalidades estéticas, as facetas laminadas destacam-se pela possibilidade de proporcionar um menor desgaste de estruturas dentárias comparadas as coroas totais²⁻³.

As facetas se caracterizam pelo recobrimento da face vestibular do elemento dental por um material restaurador, unido ao elemento dentário e podendo ser confeccionada pela técnica direta ou indireta⁴⁻⁶. As facetas indiretas são indicadas quando surgirem problemas dentais quanto a forma, posição, simetria, textura superficial e cor⁷⁻⁸, sendo contraindicadas nos casos de redução significativa da estrutura dental sadia, em casos de bruxismo ou apertamento dental, com alguma patologia periodontal grave e vestibularização severa⁹.

As facetas laminadas em cerâmica têm provado ser uma modalidade de tratamento bem sucedido para reabilitação estética na prática clínica nos últimos anos¹⁰. As cerâmicas tem se tornado material de eleição à medida que suas excelentes propriedades foram destacadas, como a biocompatibilidade, estabilidade de cor, longevidade, aparência semelhante à dos dentes e previsibilidade de resultado¹¹⁻¹³. O fato de proporcionar desgaste mínimo de estruturas sadias⁹ fez com que essa técnica de restauração tenha sido indicada em larga escala nos últimos dez anos²⁻³.

A busca por restaurações cada vez resistentes mecanica-

mente e opticamente similares às estruturas dentais levou ao desenvolvimento de novos sistemas cerâmicos, com adição de cristais e óxidos de reforço¹⁴. Esse fato, propiciou melhores propriedades mecânicas ao material, possibilitando a realização de laminados cerâmicos menos espessos o que favorece desgastes menos invasivos, com alta estética e maior resistência^{12,15,16}. Os cristais mais empregados atualmente são a leucita e dissilicato de Lítio, e o óxido de alumínio e zircônia¹⁷.

As cerâmicas reforçadas com dissilicato de Lítio apresentam uma matriz vítrea na qual os cristais dessa substância ficam dispersos de forma interlaçada, dificultando a propagação de trincas em seu interior^{11,18}. Este sistema possui um alto padrão estético, devido ao índice de refração de luz semelhante ao esmalte dental, sem interferência significativa de translucidez, permitindo a possibilidade de reproduzir a naturalidade da estrutura dentária^{17,19}. Da mesma forma, o tamanho do cristal e a disposição favorecem maior resistência mecânica e ao desgaste para a restauração¹⁷. Por outro lado, a evolução dos agentes cimentantes resinosos permitiu qualidade de união, eliminando as etapas de condicionamento e hibridização da estrutura dentinária²⁰⁻²⁴.

Diante desse contexto, este trabalho tem por objetivo apresentar relato de caso clínico de reabilitação estética do sorriso, descrevendo protocolo de confecção dos preparos convencionais, moldagem e cimentação de facetas cerâmicas reforçadas com dissilicato de Lítio.

RELATO DE CASO

Paciente S.M.J., 52 anos, gênero feminino, apresentou-se na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universida-

de Federal de Uberlândia (FOUFU) insatisfeita com estética de seu sorriso, destacando a diferença cromática entre os elementos 13 a 23. Durante anamnese e exames constatou-se a presença de deficiências nas extensas restaurações de resina composta dos elementos dentais 13, 21, 22 e 23 quanto à textura e cor (Figura 1). Destaca-se que os elementos 11 e 12 são próteses fixas unitárias cimentadas, com qualidade satisfatória de adaptação.

Foi discutido com a paciente e, após esclarecimentos e concordância da mesma, decidiu-se pela manutenção das próteses, que serviram de orientação para reabilitação dos demais elementos. Portanto, o planejamento da reabilitação funcional e estética dos elementos 13, 21, 22 e 23 teria como referência as características dos elementos 11 e 12.



Figura 1. A. Vista frontal do aspecto inicial do sorriso; B. Vista lateral; C. Aspecto geral do quadro inicial destacando-se a presença de restaurações de resina composta deficientes quanto a textura e cor, nos elementos dentais 13, 21, 22 e 23; D. Aspecto palatino das restaurações.

Indicou-se a realização de laminados cerâmicos nos dentes 13, 21, 22 e 23 utilizando um sistema cerâmico a base de dissilicato de lítio (IPSe.max® (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein).

A confecção dos preparos para facetas indiretas foi iniciado pelo dente 13, seguido do 23, 22 e 21. Todos os desgastes seguiram a mesma sequência técnica para o preparo convencional de facetas laminadas: primeiramente, foi confeccionada uma canaleta de orientação na região cervical supragengival vestibular do dente com ponta diamantada esférica nº1014 (KG Sorensen, Brasil). A canaleta foi realizada com inclinação de 45° em relação ao longo eixo do dente e com profundidade de aproximadamente 0,9 mm. Na sequência, foram realizados três sulcos de orientação na face vestibular do dente, no sentido cervico-incisal, levando-se em consideração a inclinação desta face. O desgaste foi realizado seguindo os três planos dentais: cervical, médio e incisal, com ponta diamantada nº 4138 (KG Sorensen, Brasil), com profundidade média de 1,2 mm (Figura 2) e em seguida, os sulcos de orientação foram unidos, utilizando-se ponta diamantada nº 4137 (KG Sorensen, Brasil) (Figura 3). A redução incisal (aproximadamente 1,0 mm de desgaste) foi realizada com ponta diamantada nº 4138, sendo o preparo estendido para a face palatina do dente. Por fim, o término em ombro com ângulos internos arredondados foi realizado com ponta diamantada nº 4137 (KG Sorensen, Brasil) (Figura 4) em local que não sofre interferência do contato incisal quando a paciente realiza a

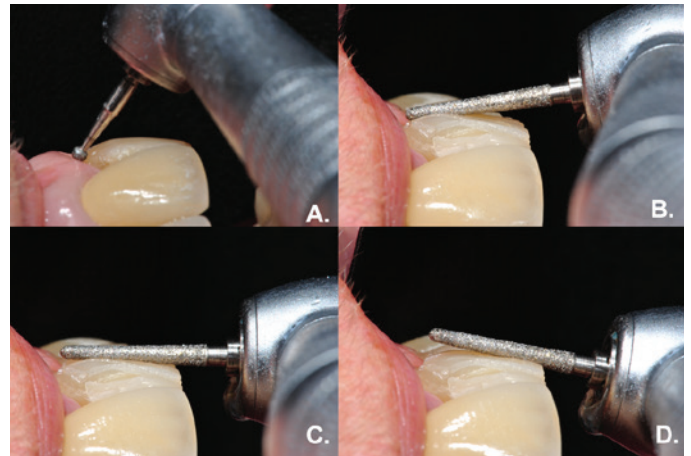


Figura 2. A. Confecção da canaleta cervical vestibular com inclinação de 45° em relação ao longo eixo do dente; B. Confecção de sulcos de orientação na face vestibular, seguindo a inclinação cervical do dente; C. Sulcos de orientação, seguindo a inclinação do terço médio; D. Sulcos de orientação seguindo a inclinação do terço incisal do dente.



Figura 3. A. Aspecto final da canaleta cervical vestibular; B. Sulcos de orientação vestibulares finalizados; C. União dos sulcos de orientação vestibulares; D. União dos sulcos de orientação finalizada.

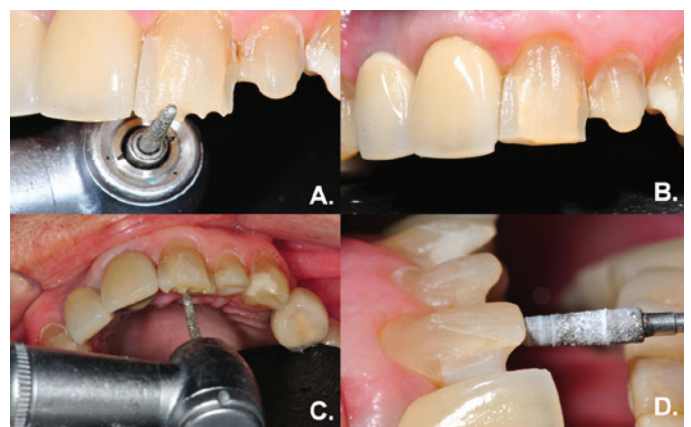


Figura 4. A. Redução do terço incisal; B. Redução incisal finalizada; C. Preparo da face palatina; D. Acabamento do preparo em baixa rotação.

Máxima Intercuspidação Habitual.

Na mesma sessão, após a conclusão dos preparos, iniciou-se o procedimento de moldagem, utilizando-se material de moldagem a base de silicone de adição (Adsil, Vigodent, Brasil). Para permitir qualidade na moldagem do sulco gengival e do

término do preparo, realizou-se o afastamento gengival pela técnica do fio duplo #00 e #0 (Ultrapack, Ultradent, USA). O primeiro fio, com diâmetro menor foi inserido no interior do sulco com espátula fina de ponta arredondada e em seguida o segundo fio, com maior diâmetro, foi inserido mais superficialmente (Figura 5).

Após a seleção e personalização da moldeira foi realizada a



Figura 5. A. Afastamento gengival com fio de menor diâmetro; B. Fio afastador de maior diâmetro inserido mais superficialmente.

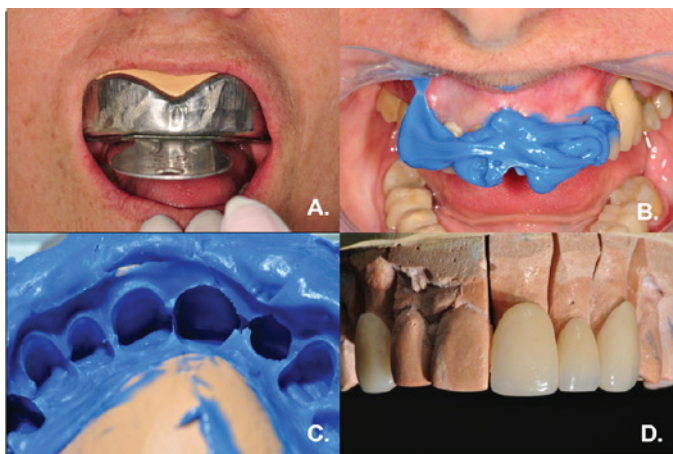


Figura 6. A. Moldagem com silicone pesada; B. Moldagem com silicone leve; C. Molde obtido após a moldagem; D. Facetas cerâmicas posicionadas no modelo de gesso.

primeira moldagem com silicone pesada (Adsil, Vigodent-Coltene, Brasil). Após a presa do material e remoção da moldeira, foram confeccionados alívios e remoção de retenções, visando o escoamento do material leve. O fio mais superficial foi removido, a moldeira foi carregada com o silicone leve (Adsil, Vi-

godent-Coltene, Brasil) e levada em posição na boca. Posteriormente a moldeira foi removida da boca e o molde foi lavado em água corrente e seco para a verificação da correta reprodução das estruturas (Figura 6).

Na sequência procedeu-se com a seleção da cor empregando escala convencional e os provisórios foram confeccionados com resina composta micro-híbrida direta (Brilliant, Vigodent Coltene, Brasil) cor A3 sem condicionamento prévio da dentina. O molde foi enviado ao laboratório de prótese, onde as restaurações cerâmicas foram confeccionadas em cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio (IPS e.max, Ivoclar Vivadent, Schaan, Lichstetein).

Na sessão clínica seguinte, os laminados cerâmicos foram enviados sobre o modelo de gesso (Figura 6 D). Após a remoção dos provisórios com espátula Holleback, foi realizada a prova dos laminados cerâmicos, para análise da cor, forma, adaptação marginal, além da aprovação do paciente. Posteriormente foi iniciada a etapa da cimentação.

As superfícies internas dos laminados foram condicionadas com ácido fluorídrico 9,5% durante 20 segundos. Após o tem-

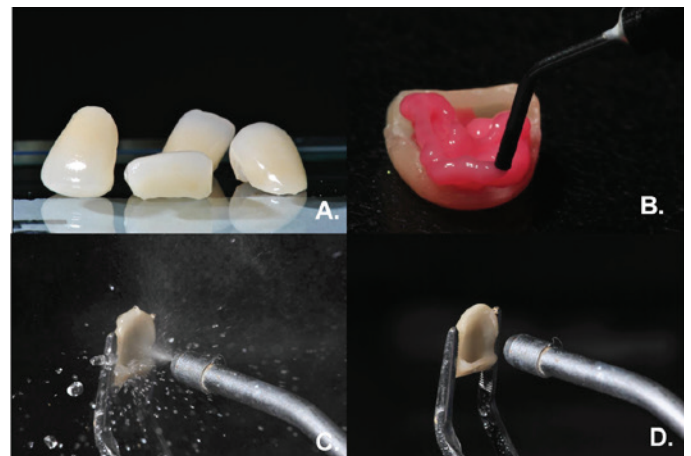


Figura 7. A. Aspecto das facetas cerâmicas; B. Condicionamento ácido com ácido fluorídrico; C. Lavagem; D. Secagem.

po de tratamento recomendado, o ácido fluorídrico foi lavado por 60s e seco (Figura 7) e em seguida as restaurações foram condicionadas com ácido fosfórico por 60s. As peças receberam novamente abundante jato de ar/água para completa remoção de resíduos durante 60s.

Em seguida, as peças foram secas e aplicou-se camada de silano (Silano, Angelus, Brasil) aguardando a evaporação por 1 minuto (Figura 8).

O cimento resinoso autoadesivo Opaco previamente selecionado (SET, SDI, Austrália), foi aplicado na superfície da cerâmica e levado ao dente no sentido inciso-cervical. Após a remoção dos excessos de cimento extravasado aguardou-se 5 minutos e foi realizada a foto-ativação por 60 segundos em cada face (Figura 9) com aparelho LED (Radi-Call, SDI, Austrália) com potência de 1560 mW/cm².

O ajuste final da oclusão foi executado em Máxima Interscupidação Habitual de forma criteriosa, sendo também verificados os movimentos de protusão e lateralidade. O aspecto final está evidenciado nas figuras 10 e 11, onde pode-se observar um re-

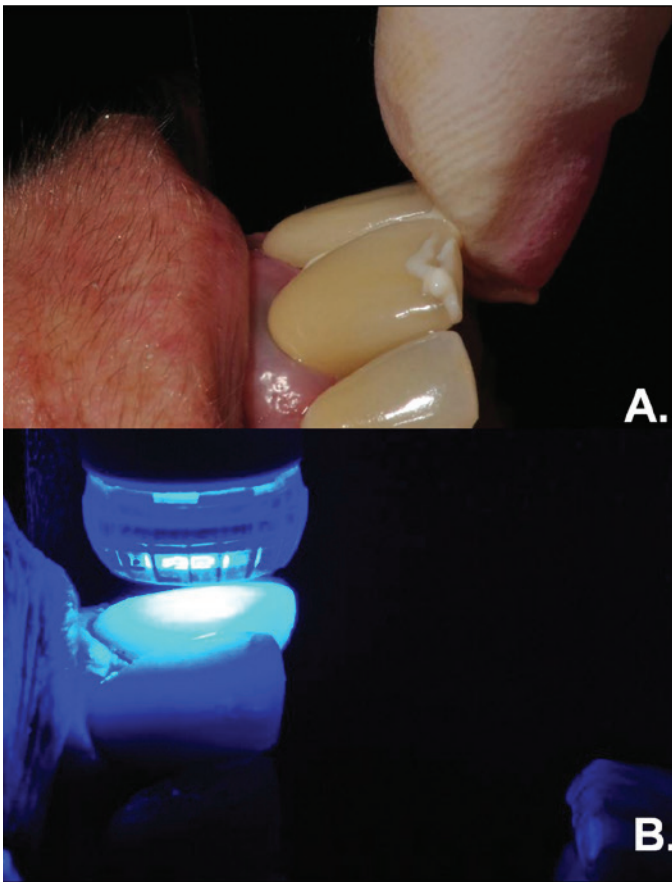


Figura 9. A. Cimentação dos laminados cerâmicos; B. Foto-ativação do cimento.

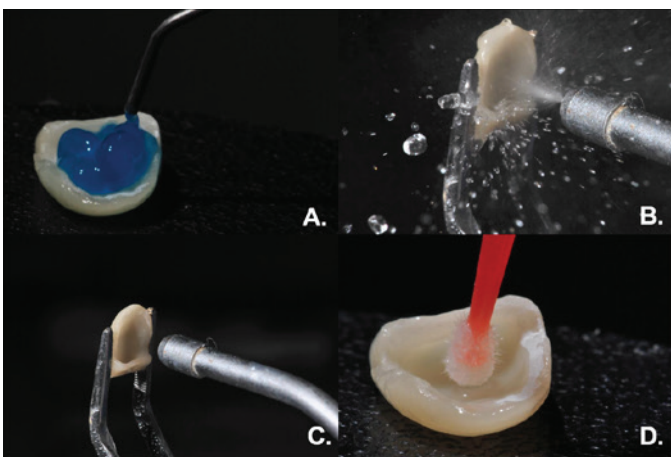


Figura 8. A. Condicionamento com ácido fosfórico; B. Lavagem; C. Secagem; D. Aplicação do silano.

sultado funcionalmente e esteticamente satisfatório.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, os procedimentos restauradores não objetivam apenas a devolução da forma e da função dos elementos dentários²⁵. Os padrões de beleza atuais, fazem com que os pacientes procurem a reabilitação oral exigindo qualidade de estética e sorrisos cada vez mais harmônicos.

Com a evolução dos materiais odontológicos, as cerâmicas tem se tornado uma ótima opção para procedimentos restauradores estéticos indiretos^{10,26}. A popularidade desse material é

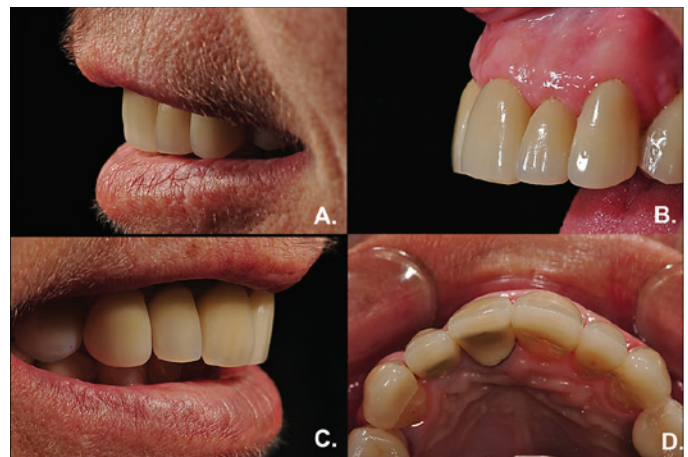


Figura 10. A. Vista lateral direita do sorriso após cimentação das facetas cerâmicas; B. Vista lateral evidenciando-se a forma, textura, cor e harmonia dos dentes; C. Vista lateral esquerda do sorriso; D. Aspecto palatino final das restaurações.



Figura 11. A. Aspecto lateral final do sorriso; B. Aspecto final das restaurações; C. Vista aproximada das restaurações.

justificada devido à capacidade de reproduzir a aparência dos dentes naturais e apresentar comportamento biomecânico similar ao do esmalte². Além disso, a cerâmica apresenta resistência à compressão, lisura de superfície, resistência ao desgaste, brilho, pequeno acúmulo de placa, características físicas, mecânicas e ópticas semelhantes as do esmalte^{2,27,28}.

As facetas laminadas cerâmicas têm sido indicadas cada vez mais para a recuperação funcional e estética de dentes anteriores comprometidos, em casos de alterações de forma, cor e de posição dentária^{29,30}. Esse tipo de restauração garante satisfação ao paciente e ao profissional, por apresentar características estéticas compatíveis com o esmalte.

Comparando-se ainda, facetas confeccionadas em resina composta e cerâmica, as últimas apresentam vantagens como estabilidade de cor por um período de tempo maior, alta resistência ao desgaste, maior resistência mecânica a fratura, proporcionando longevidade clínica³¹. As cerâmicas constituídas pelo dissilicato de Lítio representam o grupo de cerâmicas com resistência mecânica e ao desgaste relativamente altas^{5,16}, sem o comprometimento das propriedades ópticas, as quais são funda-

mentais para a qualidade estética da restauração¹⁹.

No procedimento restaurador proposto, uma adequada cimentação torna-se fator fundamental para a longevidade do tratamento^{32,33}. O emprego de cristais de dissilicato de Lítio permitiu o advento de facetas cerâmicas extremamente delgadas (0,4 a 0,7 mm) associadas com preparos minimamente invasivos¹⁶. Para este tipo de restauração o uso de cimentos exclusivamente foto-ativáveis^{34,35}, é fundamental para a manutenção da estética e estabilidade da cor, pois a pequena espessura destas restaurações não permite mascarar as alterações de cor de cimentos quimicamente ativados^{35,36}. Esse material tem sido considerado de escolha nesse tipo de caso, pelo fato de que os cimentos quimicamente ativados e duais apresentam em sua composição a amina terciária como ativador químico, que pode provocar alterações de cor com o passar do tempo, comprometendo o resultado estético¹³.

Neste caso clínico, as facetas de dissilicato de Lítio tinham como objetivo mimetizar a cor dos elementos 11 e 12 que eram próteses sobre implantes cimentadas definitivamente. Para tanto, o uso de cimento autoadesivo Opaco foi favorecido devido ao desgaste obtido pelo preparo convencional de faceta indireta, que permitiu a aplicação de camada opaca na base da restauração. Os cimentos autoadesivos resinosos permitem também qualidade de união adesiva sem condicionamento e hibridização prévia da estrutura dental²⁴, o que dificulta o surgimento de sensibilidade pós-operatória e aumenta a longevidade clínica da restauração³⁷. Estes cimentos não são indicados para cerâmicas de baixa espessura (0,4 a 0,7 mm) e preparos minimamente invasivos, pois podem promover alteração de cor da restauração ao longo do tempo, provocada pela porção quimicamente ativada do cimento. Neste caso, não havia indicação para cerâmicas extremamente finas devido ao escurecimento e desalinhamento dos dentes. As facetas possuíam espessura média de 1,2 mm, o que permitiu a aplicação de camadas opacificadoras na cerâmica, favorecendo a utilização de cimentos autoadesivos. Outra importante etapa foi a moldagem realizada com silicone de adição, o qual permite vazamento em até 07 dias sem comprometimento da fidelidade do molde, além de proporcionar múltiplos vazamentos, fator importante para o sucesso do trabalho laboratorial.

O desenvolvimento dos sistemas cerâmicos a base de dissilicato de Lítio e dos cimentos resinosos autoadesivos, permitiu uma interação efetiva entre cerâmica e estrutura dental e, desta forma, favoreceu o aumento da longevidade e a performance clínica das restaurações estéticas indiretas^{38,39}.

CONCLUSÃO

A utilização de cerâmicas a base de dissilicato de Lítio possibilitou a recuperação funcional e estética do sorriso quando se empregou preparos convencionais de facetas laminadas. A técnica de fixação autoadesiva favoreceu redução do tempo clínico, otimizando a etapa de cimentação das restaurações cerâmicas. Observou-se satisfação evidente da paciente e equipe profissional.

AGRADECIMENTOS

Os autores deste trabalho agradecem a colaboração da cirurgiã-dentista Cilene Ravagnani Gasparotto.

REFERÊNCIAS

- Goldstein RE. Study of need for esthetic in dentistry. *J Prosthet Dent*. 1969;21:589-98.
- Benetti AR, Miranda CB, Amore R, Pagani C. Facetas Indiretas em Porcelana-Alternativa Estética. *J Bras Dent Estet*. 2003;2(7):186-94.
- Mendes WP, Bonfante G, Janssen WC. Facetas Laminadas Cerâmicas e Resina: Aspectos Clínicos. In: Livro do Ano da Clínica Odontológica Brasileira. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2004. p.27-59.
- Magne P, Belser U. Estética Dental Natural. In: Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: Uma abordagem biomimética. São Paulo: Quintessence; 2003. p.57-96.
- Anusavice KJ. Cerâmicas odontológicas. In: Anusavice KJ. Philips, Materiais Dentários. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 619-677.
- Touati B, Mira P, Nathanson D. Estética e Restaurações cerâmicas. São Paulo: Santos; 2000.
- Teixeira HM, Nascimento ABL, Emerreenciano M. Reabilitação da Estética com Facetas Indiretas de Porcelana. *J Bras Dent Estét*. 2003;2(7):219-23.
- Friedman MJ. Porcelain Veneer Restorations: A Clinician's Opinion About a Disturbing Trend. *J Esthet Restorative Dent*. 2004;16:185-92.
- Souza EM, Silva e Souza JR MH, Lopes FAM, Osternack FHR. Facetas estéticas indiretas em porcelana. *JBD*. 2002;1(3):256-62.
- Walter RD, Raigrodski AJ. Clinical considerations for restoring mandibular incisors with porcelain laminate veneers. *J Esthetic Restor Dent*. 2008;20(4):276-81.
- Fradeani M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain Laminate Veneers: 6-to12-Year Clinical Evaluation-A Retrospective Study. *Int J Periodontics Restorative Dentistry*. 2005;25(1):9-17.
- Kelly JR, Nishimura I, Campbell SD. Ceramic in dentistry: History and historical roots and current perspectives. *J Prosthet Dent*. 1996;75(1):18-32.
- Aquino APT, Cardoso PC, Rodrigues MB, Takano AE, Porfírio W. Facetas de Porcelana: Solução Estética e Funcional. *International Journal of Brazilian Dentistry*. 2009;5(2):142-52.
- McLean JW. A higher strength porcelain for crown and bridge work. *Brit Dent J*. 1965;119:268-72.
- Higashi C. Cerâmicas em Dentes Anteriores Parte I. Indicações Clínicas dos sistemas cerâmicos. *Int J Braz Dent*. 2006;2(1):22-3.
- Kina S, Brugerera A. Invisível: Restaurações estéticas cerâmicas. Maringá: Dental Press Estét.; 2007.
- Guzman AF, Moore BK, Andres CJ. Wearresistence of four luting agents as a function of marginal gap distance, cement type, and restorative material. *Int J Prosthodont*. 1997;10(8):567-74.
- Kina S. Cerâmicas Dentárias. *R Dental Press Estét*. 2005;2:112-8.
- Mazaro JVQ, Zavanelli AC, Pellizzer EP, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2009;30(1):51-4.
- Chaves CAL, Melo RM, Passos SP, Camargo FP, Bottino MA, Balducci. Bond strength durability of self-etching adhesives and resin cements to dentin. *J Appl Oral Sci*. 2009;17(5):155-60.
- Guarda GB, Gonçalves LS, Correr AB, Moraes R R, Sinhorette MAC, Correr-sobrinho L. Luting glass ceramic restorations using a self-adhesive resin cement under different dentin conditions. *J Appl Oral Sci*. 2010;18:244-8.

22. Nakamura T, Wakabayashi K, Kinuta S, Nishida H, Yatani MH. Mechanical properties of new self-adhesive resin-based cement. *Journal of Prosthodontic Research*. 2010;54:59-64.
23. Pavan S, Berger S, Bedran-Russo AKB. The effect of dentin pretreatment on the microtensile bond strength of self-adhesive resin cements. *J Prosthetic Dent*. 2010;104(4):258-64.
24. De Munck J, Vargas M, Van Landuyt K, Hikita K, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Bonding of an auto-adhesive luting material to enamel and dentin. *Dent Mater*. 2004;20:963-71.
25. Clavijo VGR, Souza NC, Andrade MF. IPS e.Max: harmonização do sorriso. *Dental Press Estét*. 2007;4(1):33-49.
26. Guess PC, Stppert CF, Strub JR. Preliminary clinical results of a prospective study of IPS e.Max Press and CerecProCAD partial coverage crowns. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2006;116(5):493-500.
27. McLaren EA. All ceramic alternatives to commercial metal-ceramics restorations. *Compendium*. 1998;19:307-15.
28. Segui RR, Sorensen JA. Relative flexural strength of six new ceramic materials. *Int J Prosthodont*. 1995;8:239-46.
29. Castelnovo J, Tjan AH, Phillips K, Nicholls JL, Kois JC. Fracture load and mode of failure of ceramic veneers with different preparations. *J Prosthet Dent*. 2000;83:171-80.
30. Kina S, Kina VV, Hirata R. Limites das restaurações estéticas. In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia arte e conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 99-120.
31. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central* 2011;20(52).
32. Ozcan M, Vallittu PK. Effect of surface conditioning methods on the bond strength of luting cement to ceramics. *Dent Mater*. 2003;19:725-31.
33. Blatz M, Sadan A, Kern M. Resin ceramic bonding: a review of the literature. *J Prosthet Dent*. 2003;89(3):268-74.
34. Horn HR. Porcelain laminate veneers bonded to etched enamel. *Dent Clin North Am*. 1982;27(4):671-84.
35. Sensi L, Baratieri LN, Monteiro Junior S. Cimentos Resinosos. In: Kina S, Brugrera A. *Invisível: Restaurações estéticas cerâmicas*. Maringá: Dental Press; 2007. p. 303-19.
36. Karaagaçlıoğlu L, Yılmaz B. Influence of cement shade and water storage on the final color of leucite-reinforced ceramics. *Oper Dent*. 2008;22(4):286-91.
37. Gemalmaz D, Ergin S. Clinical evaluation of all-ceramic crowns. *J Prosthet Dent*. 2002;87:189-96.
38. Burke FJ, Flemming GI, Nathanson D, Marquis PM. Are adhesive technologies needed to support ceramics? An assessment of the current evidence. *J Aesthet Dent*. 2002;4(1):7-22.
39. De Góes MF, Pereira PNR, Nikaido T, Tagami J. Early Bond strengths of dual cured resin cement to resin coated dentin. *J Dent Res*. 2000;79:453.

ABSTRACT

The constant search for a harmonious and aesthetic smile raises the level of expectation by patients. Ceramic veneers are a treatment option for aesthetic rehabilitation in clinical practice by providing more conservative procedures and with excellent optical properties. The development of new ceramic systems reinforced with lithium disilicate and self-adhesive resin ce-

ments, favored the increase in longevity and clinical performance of esthetic indirect restorations. The aim of this paper is to present a clinical case, describing the protocol for conducting conventional preparations, molding and cementation of ceramic veneer reinforced by lithium disilicate, with success in treatment and patient satisfaction.

KEYWORDS: Esthetic, veneers, ceramic.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. Dr. Paulo Vinícius Soares
Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Uberlândia
Área de Dentística e Materiais Odontológicos
Av. Pará, n. 1720, Bloco 2B, sala 24,
Campus Umuarama, CEP 38400-902
Fone: (34) 3218-2255/ Fax: (34) 3218-2279
E-mail: paulovsoares@yahoo.com.br