

# Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico

Aesthetic Restabilishment with laminates vengers: Case report

Murilo S. MENEZES<sup>1</sup>, Ede L. A. CARVALHO<sup>2</sup>, Fernanda P. SILVA<sup>3</sup>, Giselle R. REIS<sup>3</sup>, Marcela G. BORGES<sup>3</sup>

1 - Professor adjunto da área de Dentística e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU);

2 - Aluno do décimo período de graduação da Universidade Federal de Uberlândia;

3 - Mestranda da área de Dentística e Materiais Odontológicos da Universidade Federal de Uberlândia.

## RESUMO

Resumo: A busca por um sorriso harmônico eleva o nível de exigência e a expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas odontológicas que visam procedimentos conservadores e resultados mais previsíveis. As cerâmicas têm se tornado alternativa para essas reabilitações de alta exigência estética, uma vez que possuem propriedades como biocompatibilidade, estabilidade de cor, longevidade e resistência, ou seja, apresentam biomimetismo com esmalte. Dessa forma, esse relato de caso tem como obje-

tivo descrever a sequência clínica de uma reabilitação estética dos dentes 11, 12, 21 e 22 empregando laminados de cerâmica vítrea a reforçadas de dissilicato de lítio, proporcionando a reprodução das características naturais dos dentes. Os laminados cerâmicos promoveram excelentes resultados estéticos, sendo que o conhecimento da técnica operatória e dos materiais restauradores e qualidade do trabalho protético são essenciais para o planejamento e execução de restaurações estéticas.

Palavras-chave: Cerâmica, Resina composta, Estética dentária, planejamento reverso.

## INTRODUÇÃO

O conceito da odontologia restauradora atual preconiza que para qualquer tipo de reabilitação oral, o profissional deve sempre optar por procedimentos mais conservadores, evitando desgastes desnecessários da estrutura dentária. É preciso considerar que, em muitos casos, as restaurações indiretas requerem desgaste, mas este, quando planejado e controlado, pode ser muito mais conservador e efetivo, ao se considerar a estética e a longevidade<sup>1</sup>.

A constante busca por um sorriso harmônico eleva o nível de exigência e a expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas odontológicas que visam procedimentos mais conservadores e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente<sup>2</sup>. Entre as várias opções de tratamento com finalidade estética, as facetas cerâmicas destacam-se pela possibilidade de proporcionar menor desgaste de estruturas dentárias comparadas as coroas totais<sup>3-4</sup>. A cerâmica é um material de excelência que possui excelentes características, como biocompatibilidade, estabilidade de cor, longevidade e ainda apresenta propriedades mecânicas que biomimetizam o esmalte dentário<sup>6-8</sup>.

O fato de proporcionar pouco ou em alguns casos até mesmo nenhum desgaste de estruturas dentária sadia<sup>9</sup>, fez com que esta técnica reabilitadora tenha sido indicada em grande parte das reabilitações<sup>3-4</sup>. Este tipo de procedimento proporciona sucesso clínico e satisfação estética aos pacientes<sup>10</sup>. Peumans et al.<sup>10</sup> em uma revisão de literatura conclui que tanto estudos laboratoriais como clínicos indicam que os laminados cerâmicos são restaurações duráveis, que resistem as situações clínicas quando corretamente indicadas. O profissional deve compreender a necessida-

de primordial do paciente, ouvir atentamente suas expectativas e anseios, para definir sua personalidade, bem como a expectativa quanto ao tratamento e o padrão de exigência estética<sup>11</sup>. O enceramento diagnóstico (*wax-up*) nos permite ter melhor previsibilidade no tratamento, por meio do ensaio restaurador (*mock-up*). Este procedimento pode ser confeccionado de forma provisória direta com resina composta ou indiretos com resina acrílica/bis-acrílica nos dentes que receberão as peças definitivas em cerâmica, seguindo o mesmo padrão estético<sup>12</sup>.

Diante desse contexto, este trabalho tem por objetivo apresentar relato de caso clínico de reabilitação estética do sorriso, descrevendo protocolo clínico de laminados cerâmicos desde o planejamento reverso (*wax-up e mock-up*) até a reabilitação definitiva.

## RELATO DO CASO

Paciente com 22 anos de idade, do gênero feminino, compareceu a Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), insatisfeita com a estética de seu sorriso onde relatou haver diferença no formato de seus dentes incisivos laterais superiores e manchamento em em outros. Durante o exame clínico constatou-se essa diferença no formato entre os dentes 12 e 22, manchas hipoplásicas nos elementos dentais 11, 12, e 13 uma restauração classe IV no 21 com comprometimento estético (Figura 1).

É notório no paciente a presença de caninos bastante pontiagudos, o que passa a se destacar como ponto de dominância no sorriso, desviando a atenção dos incisivos centrais para os caninos, resultando em um sorriso desarmônico (Figura 1).

Após definição do planejamento (Figura 2) foi realizado a



Figura 1 - A. Aspecto inicial dos dentes; B. Vista lateral direita dos dentes anteriores; C. Vista lateral esquerda dos dentes anteriores.

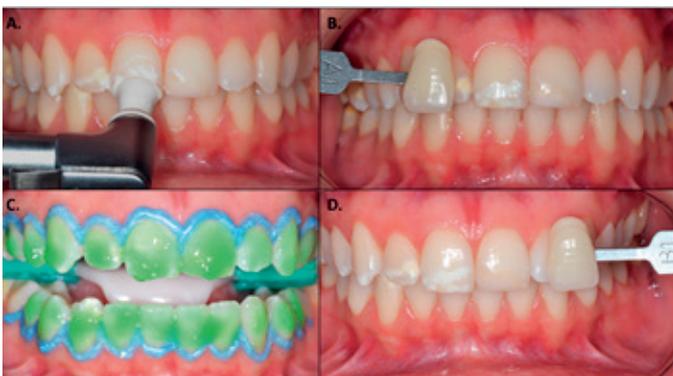


Figura 2 - Clareamento pela técnica de consultório: A. Profilaxia com pedra pomes e água; B. Seleção de cor inicial; C. Aplicação do gel à base de peróxido de hidrogênio 35%; D. Seleção de cor após tratamento clareador.

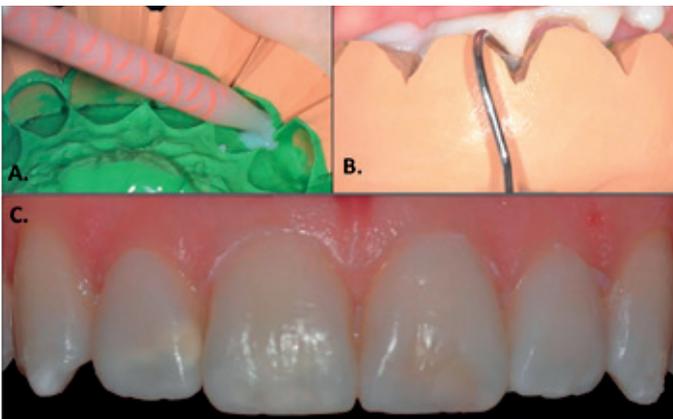


Figura 3 - Confeção do mock-up: A. Inserção da resina bis-acrílica no molde. B. Remoção dos excessos da resina bis-acrílica e C. Ensaio restaurador (mock-up).

primeira sessão de clareamento dentário, utilizando a técnica de consultório com peróxido de hidrogênio à 35% (Whiteness HP Maxx FGM, Joinville, SC, Brasil) e obtendo como resultado a cor B1, segundo a escala Vita Classic (Vita, Zahnfabrik, Sackingen, Alemanha). Foi realizado também moldagem do arco superior e inferior, por meio de silicone de adição (Hydro Xtreme, Vigodent, Brasil), para que fosse realizado enceramento diagnóstico. Após autorização da paciente foi realizado protocolo fotográfico para o planejamento digital com o objetivo de melhor comu-

nicação com o laboratório de prótese.

A partir do enceramento diagnóstico, foi confeccionado um molde com silicone de adição (Figura 3.A) e em seguida realizado o mock up utilizando resina bis-acrílica (Protemp 4 3M ESPE, St. Paul, Mn,EUA). Os excessos foram removidos e o ajuste oclusal e estético realizados. O brilho da resina bis-acrílica foi obtido por meio de fricção de álcool 70%. Após a realização do mock up, figura 4C, foi observado que as manchas hipoplásicas nos elementos 11 e 12 além da restauração classe IV ainda apresentavam-se visíveis o que mostra que possivelmente não seria completamente mascarada após a realização das restaurações definitivas, devido sua delgada espessura e consequentemente translucidez.

Diante disso, pequenos desgastes dentais foram realizados em áreas restritas as manchas com ponta diamantada de granulometria fina (figura 4A) e restauradas com resina composta nanoparticulada (Figura 4B), homogeneizando a coloração dos dente, para que as manchas não interferissem no resultado final do tratamento.

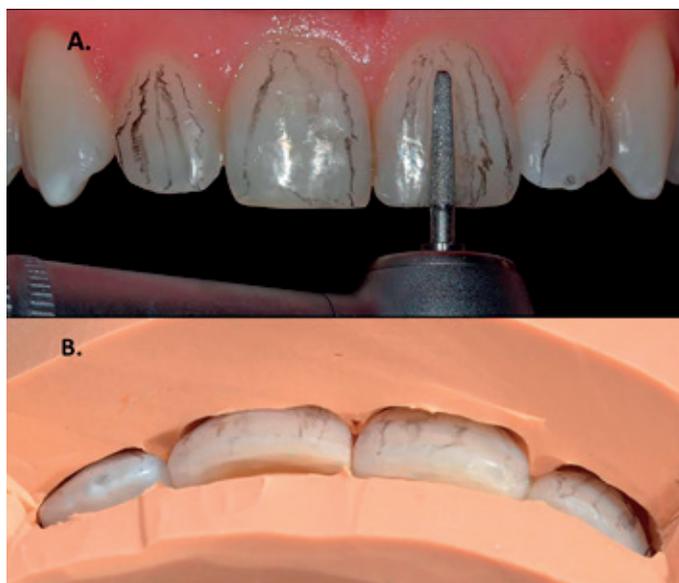


Figura 4 - A. Remoção das manchas hipoplásicas nos dentes e da restauração insatisfatória classe IV. e B. Aspecto após restauração com resina composta.

Dando continuidade ao tratamento, foi realizada confecção dos preparos minimamente invasivos nos dentes 11, 12 e 22 com pontas diamantadas de granulações finas e ultrafinas consistindo na remoção dos ângulos vivos e áreas retentivas (Figura 5.A), melhorando assim, o eixo de inserção e adaptação para os laminados cerâmicos. Os preparos, foram mantidos a nível de esmalte. Para orientar os desgastes foi feito um guia de desgaste com silicone de adição (Figura 5.B). Na Figura 6, podemos observar, que foi realizado um preparo convencional para faceta indireta no dente 21, devido a presença da restauração classe IV. Para confecção deste preparo, foi realizada uma canaleta de orientação na região cervical na face vestibular a nível supragengival utilizando ponta diamantada esférica nº1014, com inclinação de aproximadamente 45° em relação ao longo eixo do dente. Na sequência, foram realizados três sulcos de orientação também na face vestibular do dente, no sentido cervico-incisal, levando-se em consideração a inclinação da superfície vestibular. Assim o desgaste foi realizado respeitando os três planos dentais: cer-

vical, médio e incisal, por meio de uma ponta diamantada nº 4138 (KG Sorensen, Brasil), unindo os sulcos de orientação, com ponta diamantada nº 4137 (KG Sorensen, Brasil) (Figura 3). A redução incisal e a extensão para face palatina do dente, consistiu na remoção de toda a restauração classe IV, mantendo o término em forma de ombro arredondado (Figura 6.B).

Após a confecção dos preparos foi realizada a moldagem



**Figura 5** - A. Preparos dentais: Remoção dos ângulos vivos e áreas retentivas com ponta diamantada fina 2135F, em alta rotação e B. Guia de silicone para orientação dos desgastes dos preparos.



**Figura 6** - A. Remoção da resina do dente 21 e B. Preparos minimamente invasivos nos dentes 11, 12 e 22 preparo convencional para faceta indireta no dente 21.

com o afastamento gengival utilizando o fio afastador número 000 e silicone de adição, pela técnica de dupla moldagem.

Os laminados cerâmicos foram confeccionados em cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio (IPS E.max, IvoclarVivadent, Schaan, Lichstetein) (Figura 7). O protocolo fotográfico foi en-

viado ao laboratório juntamente com a moldagem para melhor comunicação com o ceramista, permitindo a ele conhecer as características e detalhes do sorriso da paciente.



**Figura 7** - Etapas Laboratoriais: A. Cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio (IPS e.max, IvoclarVivadent, Schaan, Lichstetein) logo após ser injetada; B. Vista das faces interna das peças protéticas; C. Aplicação do glaze; D. Queima do glaze com sistema IPS e.max, IvoclarVivadent e E. Peças protéticas finalizadas.

Para a seleção da cor do cimento realizou-se o teste com as pastas de prova "Try-in", que foram dispensadas na face interna dos laminados cerâmicos e estes posicionados sobre os dentes preparados (Figura 8). Após a simulação com as pastas de prova e aprovação do paciente, foi selecionado o cimento da cor transparente.

A cimentação foi realizada com cimento resinoso de ativação física (Universal NX3, Kerr, Collins Avenue – Orange, USA). O protocolo de tratamento interno dos laminados cerâmicos (IPS E.max, IvoclarVivadent, Schaan, Lichstetein), foi condicionamento com ácido fluorídrico à 9,5% por 20 segundos (Figura 9.A.), lavagem com jato de ar/água por 60 segundos, secagem, condicionamento com ácido fosfórico 37% por 60 segundos, com movimentos friccionais (Figura 9.C.), lavagem e secagem com jatos de água e ar, respectivamente, e na (figura 9.D.) aplicação do agente de união silano (Prosil, FGM, Joinville, SC, Brasil) por um minuto.

O isolamento relativo foi realizado por meio de abridor de boca, sugador e fios afastadores número 0000. A hibridização do substrato dental foi realizada e o cimento resinoso inserido na face interna das restaurações que foram posicionadas (Figura 10.A.). Após remoção cuidadosa dos excessos de cimento utilizando um microbrush e fio dental nas regiões interproximais dos dentes, foi feita a fotoativação com unidade LED por 60 segundos em cada dente, 30 na face vestibular e 30 na palatina (Figura 10.B). Os excessos de cimento foram removidos da região cervical com ponta multilaminada (Figura 11.A.) e o polimento da interface cimento cerâmica realizado com pontas abrasivas para resina composta. Ainda na mesma sessão foram feitos incrementos de resina composta nanoparticulada Z-350E nas regiões mesiais dos caninos superiores, obtendo um resultado estético satisfatório (Figura. 12). A (figura 11.B) mostra a oclusão sendo verificada e a obtenção de resultado funcional e estético (Figuras 13 e 14).



Figura 8 - Seleção da cor do cimento resinoso com pasta teste (Try-in). A, Try-in gel transparente; B. Inserção da pasta no laminado cerâmico e C- Peças dos dentes 11 e 21 em posição com try-in.

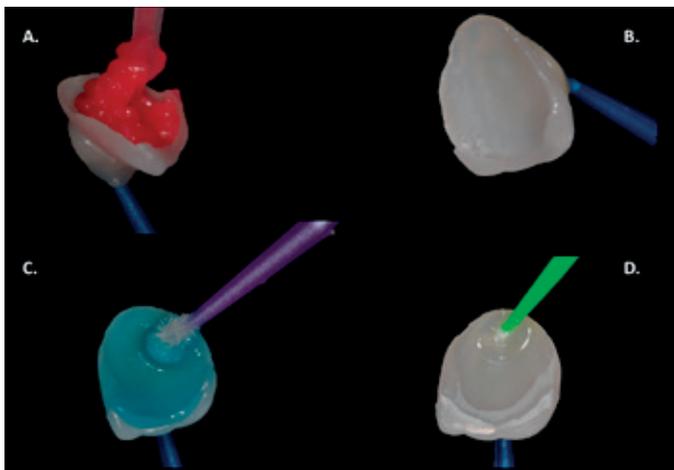


Figura 9 - Tratamento de superfície da cerâmica: A. Condicionamento com ácido fluorídrico; B. Após lavagem; C: Condicionamento com ácido fosfórico e D. Aplicação do agente de união silano.



Figura 10 - A. Cimentação adesiva com cimento resinoso fotopolimerizável. B. Fotoativação do cimento.



Figura 11 - A. Remoção dos excessos cervicais e proximais com ponta multilaminada; B. Ajuste oclusal.



Figura 12 - A. Vista frontal de canino a canino do caso finalizado; B. Vista lateral direita; C. Vista lateral esquerda.



Figura 13 - Fotos do caso antes e depois do tratamento.



Figura 14 - Sorriso final.

## DISCUSSÃO

A hipoplasia do esmalte é proveniente de uma formação incompleta ou deficiente da matriz orgânica do esmalte, caracterizada por manchas esbranquiçadas rugosas, sulcos ou ranhuras que quando presentes nos dentes anteriores podem comprometer a estética, devido a alteração da estrutura dentária<sup>13,14,15</sup>. Dentre as opções de tratamento, podem-se destacar microabrasão do esmalte e técnicas restauradoras. Em dentes que possuem pigmentação localizada característica de hipoplasia superficial, a microabrasão deve ser a primeira opção de escolha para a reabilitação do dente acometido<sup>16</sup>. Além disso, a utilização de resinas compostas no auxílio da reabilitação estética dos dentes anteriores proporciona a reprodução das características naturais dos dentes. No entanto, ao se levar em consideração outros aspectos estéticos e o fato das manchas hipoplásicas não serem superficiais, no presente caso clínico, optou-se pela realização de pequenos desgastes e restauração indireta em resina composta para homogeneizar a coloração do dente, além de procedimentos indiretos com laminados cerâmicos em preparos minimamente invasivos para a reabilitação da harmonia do sorriso. A realização da faceta convencional foi necessária apenas no dente 21, devido a presença de fratura que comprometia a incisal deste dente.

Tais procedimentos têm sido indicados para este tipo de reabilitação oral, como alternativa de tratamento com índices de sucesso funcional e estético<sup>17</sup>. Acompanhamentos longitudinais mostraram resultados satisfatórios os procedimentos reabilitadores por meio de faceta convencional, demonstrando baixa prevalência de deslocamento da peça cerâmica, mínimas taxas de micro infiltração, baixo risco à fratura e à cárie secundária<sup>17,18,19,20,21</sup>. Acredita-se que nos laminados com preparos minimamente invasivos este resultado será o mesmo, uma vez que os preparos limitam-se a nível de esmalte que permite grande resistência de união aos materiais adesivos o que promove a formação de um corpo uniforme.

Dentre as várias classificações dos sistemas cerâmicos ao longo do tempo, as cerâmicas ácido-sensíveis são as mais indicadas

para o tratamento dependente do processo de adesão ao substrato dentário<sup>22</sup>. As cerâmicas reforçadas com cristais de dissilicato de lítio apresentam em sua estrutura matriz vítrea com os cristais dispersos de maneira intrelaçada, dificultando a propagação de trincas no seu interior<sup>23,24</sup>. Este sistema possui um índice de refração de luz semelhante à estrutura dentária, sem interferência significativa da translucidez, o que permite a obtenção de características ópticas finais satisfatórias<sup>25</sup>. Da mesma forma, o tamanho do cristal e a sua disposição favorecem no aumento das propriedades mecânicas da restauração<sup>26</sup>. Outro aspecto importante é a utilização do material de moldagem silicone de adição, pois, além de proporcionar uma cópia mais detalhada permite confecção do modelo em até sete dias sem comprometimento da fidelidade do molde, além de proporcionar múltiplos modelos, fator que está relacionado diretamente com o sucesso das etapas laboratoriais<sup>27</sup> e permite também ao clínico trabalhar com laboratórios de prótese dentário em outras regiões.

Os cimentos de ativação física tem sido considerado opção de escolha, pelo fato de que os cimentos quimicamente ativados ou de dupla ativação apresentam em sua composição amina terciária e o peróxido de benzoíla como ativador químico, que pode provocar alterações de cor ao longo do tempo e comprometer o resultado estético final<sup>32</sup>. O uso de cimentos de ativação exclusivamente física<sup>28,29</sup> é fundamental para manutenção da estética e estabilidade de cor dos laminados cerâmicos. Isto porque a pequena espessura destes tipos de restaurações não permite mascarar possíveis alterações de cor que possam ocorrer nos cimentos que possuem ativação química, uma vez que os laminados são muito translúcidos<sup>30,31</sup>.

Borges e colaboradores relataram que condicionamento com ácido fluorídrico a 9,5% é o suficiente para remover a fase cristalina e a matriz vítrea, criando assim superfície favorável para adesão<sup>33</sup>. Sistemas cerâmicos contendo sílica na sua composição, tratados com silano, apresentaram resultados quando realizado esfregação por 60 segundos com ácido fosfórico a 37% apresentaram melhores resultados no processo de adesão da cerâmica<sup>34</sup>.

Dessa forma, existem parâmetros para guiar o correto diagnóstico e plano de tratamento, e assim devemos utilizar a técnica de acordo com cada situação clínica. Ao profissional cabe planejar junto ao seu paciente e frente às novas possibilidades de tratamento reabilitador, seguindo minuciosamente as etapas de cada procedimento, melhorando o desempenho clínico dos materiais restauradores existentes e obtendo resultados estéticos e funcionais com a maior preservação de estrutura dental sadia.

## CONCLUSÃO

Os laminados cerâmicos permitem excelentes resultados estéticos e funcionais, sendo que o conhecimento da técnica operatória e dos materiais restauradores é de fundamental importância para o planejamento e execução da reabilitação. Portanto, o caso clínico apresentado obteve sucesso e satisfação da paciente ao final do tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Belser UC, magne P, magne M Ceramic laminate veneers: continuous evolution of indications. *J Esthet Dent*. 1997; 9(4): 197- 207.
02. Goldstein RE. Study of need for esthetic in dentistry. *J ProsthetDent*. 1969;21:589-98.

03. Benetti AR, Miranda CB, Amore R & Pagani C. Facetas Indiretas em Porcelana-Alternativa Estética. *JBrasDentEstet.* 2003;2(7): 186-94.
04. Mendes WP, Bonfante G & Janssen WC. Facetas Laminadas-Cerâmica e Resina: Aspectos Clínicos. In: Livro do Ano da Clínica Odontológica Brasileira. São Paulo: Ed. Artes Médicas;2004. p.27-59.
05. Walter RD, Raigrodski AJ. Clinical considerations for restoring mandibular incisors with porcelain laminate veneers. *J Esthetic Restor Dent.* 2008; 20(4): 276-81.
06. Fradeani M, Redemagni M, Corrado M. Porcelain Laminate Veneers: 6-to12-Year Clinical Evaluation-A Retrospective Study. *Int J of Periodontics Restorative Dentistry* 2005; 25 (1): 9-17.
07. Kelly JR, Nishimura I, Campbell SD. Ceramic in dentistry: History and historical roots and current perspectives. *J ProsthetDent.*1996;75(1):18-32.
08. 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):142-152.
09. Souza EM, Silva e Souza JR MH, Lopes FAM, Osternack FHR. Facetas estéticas indiretas em porcelana. *JBD* 2002;1(3):256-262.
10. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: a review of the literature. *J Dent.* 2000 Mar;28(3):163-177.
11. Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior – uma abordagem biomimética. Quintessence Editora Ltda, São Paulo, 2003.
12. Calixto LR, Bandeca MC, Andrade MF, *Rev Dental Press Estét.* 2011 jul-set; 8(3):26-37.
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Distúrbios do desenvolvimento das estruturas bucais e parabucais. In: Tratado de Patologia Bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987, cap.1, p. 02-79.
14. Seow WK. Enamel hypoplasia in the primary dentition: a review. *J. Dent. Child.* 1991, 58 (6): 441-52.
15. Consolaro, A. Manchas brancas não cariosas no esmalte. *Rev. Dental Press Estét.* 2006, 3(2); 125-132.
16. Worschhech CC, Aguiar FHB, Maia DS, Lovadino JR, Martins LRM. Faceta parcial direta como tratamento estético e conservador de patologias do esmalte: relatos de casos clínicos. *JBD*, 2003. 2 (7): 274-53.
17. Walter RD, Raigrodski AJ. Clinical considerations for restoring mandibular incisors with porcelain laminate veneers. *J Esthetic Restor Dent.* 2008; 20(4): 276-81.
18. Christensen GJ, Christensen RP. Clinical observations of porcelain veneers: a three-year report. *J Esthet Dent.* 1991; 3: 174-9.
19. Dumfahrt H, Schaffer H. Porcelain laminate veneers. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: part II: clinical results. *Int J Prosthodont.* 2000 13: 9-18.
20. Friedman MJ. A 15-year review of porcelain veneer failure: a clinician's observations. *Compend Contin Educ Dent.* 1998;19: 625-8.
21. Meijering AC, Creugers NH, Roeters FJ, Mulder J. Survival of three types of veneer restorations in a clinical trial: a 2.5-year interim evaluation. *J Dent.* 1998; 26: 563-8.
22. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke-Wauters M, Vanherle G. Five-year clinical performance of porcelain veneers. *Quintessence Int.* 1998; 29: 211-21.
23. Bottino MA, Quintas AF, Miyashita E, Giannini V. Estética em reabilitação oral: metal free. Artes médicas: São Paulo; 2001.
24. 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.
25. Kina S. Cerâmicas Dentárias. *R Dental Press Estét.* 2005; 2:112-8.
26. Mazaro JVQ, Zavanelli AC, Pellizer EP, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Clinical considerations for anterior restoration with ceramic veneers. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.30, n.1, p. 51-54, Janeiro/Junho, 2009.
27. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. *Ver Odontol Bras Central.* 2012;21(58) 538-43.
28. 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.
29. Horn HR. Porcelain laminate veneers bonded to etched enamel. *Dent Clin North Am.* 1982;27(4):671-84.
30. 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.
31. Karaagacloglu L, Yilmaz B. Influence of cement shade and water storage on the final color of leucite-reinforced ceramics. *Oper Dent.* 2008;22(4):286-91.
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.
33. Borges GA, Sophr AM, De Goes MF, Sobrinho LC, Chan DCN. Effect of etching and airborne particle abrasion on the microstructure of different dental ceramics. *J Prosthet Dent* 2003; 89:479-488.
34. Thompson J Y, Stoner B R, Piascik J R, Smith R, Adhesion/cementation to zirconia and other non-silicate ceramics: Where are we now?, *Dent. Mater.* 27, 1 (2011) 71-82.

#### ABSTRACT:

The search for a harmonious smile raises the level of demand and the expectations of patients. This fact enables the development of new dental materials and techniques to conservative procedures and more predictable results. The ceramic has become an alternative to these highly demanding aesthetic restorations since they possess properties such as biocompatibility, color stability, durability and resilience, ie with the present biomimetism tooth structure. Thus, this case report aims to des-

cribe the clinical sequence of an aesthetic rehabilitation of the teeth 11, 12, 21 and 22 using laminated glass-ceramic reinforced of lithium di-silicate, providing playback of the natural characteristics of the teeth. The ceramic laminates promoted excellent aesthetic results, and the knowledge of the surgical technique and restorative materials and quality of the prosthetic work are essential for planning and execution of esthetic restorations.

Keywords: Porcelain, Composite resin, Aesthetic restoration, reverse planning.

**AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

Prof. Dr. Murilo de Sousa Menezes

Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Odontologia.

Departamento de Dentística e Materiais Odontológicos.

Avenida Pará, 1720, Bloco 4L-A, Campus Umuarama,

Uberlândia - Minas Gerais Brasil. CEP. 38400-902

Telefone: (34) 3218-2255 Fax: (34) 3218-2279

E-mail: murilosmenezes@yahoo.com.br