



LENTE DE CONTATO HARMONIZAÇÃO E ESTÉTICA COM PREPAROS CONSERVADORES

Duarte Innocente Savaris¹, Alef Vermudt¹, Janaina Salomon Ghizoni², Saulo Pamato³, Jefferson Ricardo Pereira³

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão, SC, Brasil

² Departamento de Patologia Oral, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão, SC, Brasil

³ Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão, SC, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: s.pamato@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo abordar a reabilitação do sorriso devolvendo estética e função utilizando lentes de contato dentária com preparos conservadores, avaliando suas indicações e limitações. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura descritiva e bibliográfica utilizando como fonte de dados para a pesquisa livros e artigos extraídos das bases Medline, Lilacs, Scielo, Pubmed. Durante o trabalho, observou-se a evolução da técnica utilizada pelo profissional juntamente com os materiais utilizados na confecção do laminado. As lentes de contato dentárias possibilitam ao dentista uma opção conservadora de utilizar materiais cerâmicos, o correto planejamento promove resultado previsíveis de sucesso, sendo assim importante o conhecimento técnico-científico do profissional odontológico para determinar qual material e técnica utilizar em cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: Lente de contato dentária. Laminados Cerâmicos. Estética Conservadora.

<http://dx.doi.org/10.19177/jrd.v6e4201891-97>

INTRODUÇÃO

A grande valorização estética em consoante com o crescente número de materiais dentários disponíveis no mercado têm destacado a maior exigência na recuperação do sorriso ideal. A odontologia estética, por sua vez, é responsável por uma das ferramentas mais relevantes da beleza natural do ser humano, o sorriso.¹

Dentre a enorme gama de materiais restauradores, as cerâmicas

odontológicas têm se destacado por sua excelente propriedade óptica, biocompatibilidade, durabilidade e grande semelhança com os dentes naturais, permitindo, com o advento das lentes de contato, a harmonização do sorriso de maneira minimamente invasiva.^{1,2}

O uso de laminados cerâmicos livres de preparo não é recente. Historicamente, a partir da década de 30, a indústria cinematográfica americana alavancou sua utilização de forma

temporária a fim de que seus artistas melhorassem o aspecto de seus sorrisos. Foi quando, em 1980, após o desenvolvimento dos cimentos e técnicas adesivas, os laminados ultrafinos foram relançados.²

Evidentemente, as técnicas e materiais evoluíram muito nesses 30 anos. Dessa forma, as restaurações com lentes de contato adesivamente unidas ao esmalte tornaram-se realidade cotidiana do cirurgião-dentista.²

O conceito da lente de contato dentária tem seu relacionamento à óptica de uma lente de contato ocular, invisível quando posicionada no olho. Tais princípios são incorporados à lente de contato dental, a qual, depois de cimentada, torna-se difícil de ser detectada.²³

O correto diagnóstico facilitará o planejamento e a possibilidade de execução das lentes de contato, permitindo um ótimo trabalho com preservação máxima de estrutura dentária.³

REVISÃO DE LITERATURA

INTRODUÇÃO ÀS CERÂMICAS

Os últimos trinta anos, tem sido marcados, nos consultórios odontológicos, pela crescente preocupação com a estética. Os pacientes passaram a assumir a necessidade de alcançarem um sorriso harmonioso como pré-requisito ao bom convívio e ascensão profissional. Dentre os materiais restauradores estéticos disponíveis, a cerâmica pode ser considerada a melhor escolha para reproduzir os dentes naturais.⁴

A porcelana odontológica, também denominada cerâmica dental, começou a ser introduzida na odontologia na década de XVIII pelo francês Alexis Duchateau que, insatisfeito com as próteses confeccionadas com marfim, optou pelo uso das cerâmicas por constatar sua durabilidade de cor e resistência ao manchamento.⁵

Diante desta evolução, no final do século XX, diversos sistemas foram introduzidos no mercado a fim de possibilitar a confecção de restaurações

cerâmicas livres de metal. Vários sistemas cerâmicos foram desenvolvidos, permitindo a melhoria das propriedades físicas e mecânicas do material.^{5,6}

Quanto a sua classificação, a mais utilizada hoje é aquela que as define de acordo com sua fase cristalina, dividindo-as em feldspática, reforçada por leucita, alumizada com alto conteúdo de alumina, de zircônia, infiltradas por vidro, cerâmica vítrea e alumina densamente sinterizada.⁶

Dentre os sistemas ácido-sensíveis, temos o sistema IPS Empress, que devido à baixa resistência à flexão, foi melhorado pela adição de um novo composto: cristais de dissilicato de lítio, resultando numa nova linha do sistema denominado IPS Empress 2. Nesta cerâmica, os cristais de dissilicato de lítio ficam dispersos em uma matriz vítrea de forma, permitindo a confecção de coroas unitárias, facetas laminadas, inlays, onlays e próteses fixas de três elementos tendo até o 2º pré-molar como pântico. Devido a matriz vítrea e os cristais de dissilicato de lítio com índice de refração de luz semelhante a estrutura dentária, este sistema possui um alto padrão estético, permitindo a confecção de infraestruturas que não interferem no resultado óptico final da restauração. Além disso, apresenta excelente adesividade aos cimentos adesivos. Este material demonstrou a capacidade de ser pressionado como espessuras de 0,3 mm a 0,4 mm.^{7,8}

As cerâmicas dentais são conhecidas pela sua excelente capacidade de reproduzir as características dos dentes naturais, por ser altamente durável, de ampla aceitação, biocompatível, natureza

refratária, inércia química, friabilidade e baixa resistência à tração.⁸

CONCEITO DE LENTES DE CONTATO

Atualmente, com o pretexto da agressividade dos desgastes convencionais aliado ao apoio da dentística minimamente invasiva e o desenvolvimento de novas cerâmicas que aliam maior resistência a altíssima estética, indústrias e laboratórios protéticos passaram a incentivar os profissionais no intuito de utilizar lentes de contato em sua prática clinic. Os laminados cerâmicos com reduzido desgaste de superfície são estudados há mais de 25 anos e fabricados a partir de cerâmica feldspática com espessura de 0,3 a 0,5 mm. Tal técnica foi primeiramente proposta por John R. Calamia, no entanto, a falta de adesão a estrutura dental na época resultou em fraturas e principalmente inflamação gengival originados pelo sobrecontorno cervical.⁹

O uso de facetas laminadas em cerâmica como alternativa restauradora vem crescendo devido a evolução das técnicas e materiais. Contudo, um correto planejamento do caso é de fundamental importância para o sucesso do resultado final. Sendo assim, as lentes de contato são facetas ultrafinas assim chamadas devido a sua espessura ser comparável a das lentes de contato oculares.³

VANTAGENS

Manter o máximo de estrutura do dente natural possível é um objetivo desejável ao fazer odontologia restauradora. Esta, se torna a principal

vantagem para o uso das lentes de contatos. Alguns estudos demonstram que a redução limitada apenas ao esmalte aumenta a longevidade destas restaurações.¹⁰

A ausência de preparo traz vantagens significativas como a falta de necessidade de anestesia, ausência de sensibilidade pós-operatória, mínimo estresse flexional, longevidade, reversibilidade e superior aceitação do tratamento pelo pacientes.^{10,11}

A baixa flexão devido à ligação ao esmalte é ocasionada pela rigidez do esmalte. Sua capacidade de absorver o estresse demonstra claramente a necessidade de não desgastar o esmalte. Ainda assim, quando estas restaurações de cerâmica limitam-se a margem de esmalte é improvável que ocorra microinfiltração ou deslocamento destas restaurações.¹¹

Conforme Malcmacher (2005), em casos em que as lentes são planejadas de forma supragengival, ocorre a facilitação da higienização por parte do paciente.¹²

Outras vantagens são citadas por Al-Zain (2007): (a) ausência de dor; (b) desnecessidade de técnica anestésica; (c) técnica rápida quando há o domínio; (d) preservação da estrutura quando comparada a outras técnicas; (e) eliminação de sensibilidade pós operatória, por não haver danos a polpa; (f) facilidade de moldagem; (g) cor alcançada tornasse permanente; (h) ótima adesão ao esmalte, tornando a técnica mais duradoura; (i) mínimo estresse flexural; (j) aceitação maior dos pacientes principalmente os com medo e que se recusam remover estrutura dental; (k) excelente estética; (l) pode ser colocado sobre coroas pouco atraentes e próteses fixas quando problema for

estético e não de adaptação das próteses; (m) passível de reversão.¹³

Outro ponto de extrema importância é a excelente casuística dos laminados é que esse tipo de procedimento atinge alto índice de sucesso clínico e de satisfação estética dos pacientes. Uma revisão cuidadosa da literatura conclui que, tanto estudos laboratoriais como clínicos, indicam que os laminados cerâmicos são restaurações duráveis, que resistem as situações clínicas quando corretamente indicadas. Estudos mais antigos já demonstravam a capacidade que as lentes de contato alcançariam. Em 1985, pesquisas clínicas demonstravam que as facetas com mínimo preparo obtiveram resultados bastante satisfatórios, com baixa frequência de fratura, mínimo de infiltração por cárie, baixo índice de acúmulo de placa cervical e nenhuma alteração periodontal.¹⁰

INDICAÇÕES

O início do planejamento requer do profissional o exercício da observação e percepção das discrepâncias e da queixa do paciente. Os parâmetros como a idade, disponibilidade de tempo para execução do tratamento, aplicação dos princípios de preservação de estrutura dental e mínima invasão, devem ser levados em consideração ao se elaborar as possíveis opções reabilitadoras, seguindo e respeitando as indicações e limitações da técnica.⁹

As lentes de contato são indicadas em situações em que a estrutura e a posição dos dentes permitem acréscimo de material, como aumento da borda incisal, do volume vestibular, fechamento de diastemas,

alterações de cor, abfrações e retrações gengivais, restaurações oclusais, aumento de dimensão vertical, desde que não se crie sobrecontorno.⁹

As lentes de contato são capazes de devolver a forma original dos dentes anteriores pós tratamento ortodôntico. Dentes lascados ou rachados, dentes ligeiramente descoloridos ou grau de manchamento pequeno, pequenas anormalidades, dentes com pouco apinhamento, dentes desgastados e microdentes também constituem as principais indicações.³

DESVANTAGENS

Apesar das inúmeras indicações, o tratamento com facetas laminadas apresenta sensibilidade de técnica desde a seleção do caso até o acabamento e polimento final dessas restaurações. As falhas podem ocorrer quando não são respeitadas os limitações do tratamento, como, por exemplo, pacientes com hábitos parafuncionais e dentes com estrutura coronária reduzida. Na presença de extensa estrutura dentária destruída ou comprometida, a melhor alternativa ainda é a coroa de porcelana, assim como dentes com coloração severamente alteradas. Em muitos casos é difícil não deixar a margem saliente, resultando em recessão gengival. Assim, muitos destes podem apresentar recessão gengival.^{7,13}

Por se tratar de materiais cerâmicos, apresentam comportamento pouco plástico, com propriedades tensionais precárias, tornando-os um material com baixa maleabilidade e sensivelmente friável, contraindicado em regiões de stress mastigatório.⁸

PREPARO DENTÁRIO EM LENTES DE CONTATO

Os preparos realizados para confecção de laminados cerâmicos necessitam de correto planejamento e orientação por meio do uso de guias de silicóna obtidas através do modelo onde foi realizado o enceramento diagnóstico. As guias delimitam o espaço suficiente e seguro para o material cerâmico, auxiliando na determinação da quantidade de esmalte a ser desgastado, quando necessário. As canaletas de orientação na face vestibular são realizadas com broca diamantada 4138 paralela ao longo eixo do dente, iniciando primeiramente em direção mesial e sucedendo igualmente para distal. Para região do termino cervical é de suma importância o uso de fio retrator.¹⁴

As primeiras técnicas de facetamento não exigiam qualquer espécie de preparo prévio, simplesmente o condicionamento total do dente. Hoje, com auxílio de uma lapiseira, elas recebem uma demarcação na superfície vestibular a fim de identificar possíveis áreas sobressalentes que poderão acarretar na dificuldade de determinação de um eixo único de inserção. Com uma ponta diamantada de granulação fina, as áreas convexas são removidas seguido da remoção dos ângulos agudos com discos de lixa.¹⁴

As principais técnicas descritas na literatura para realização do preparo de laminados tipo lente de contato são: (a) mão livre, (b) guia de desgaste com sulcos de orientação, e (c) covinha. Comparando-se as técnicas, o uso de brocas esféricas de pequeno diâmetro (covina) e a confecção de apenas um sulco central são as que permitem

aproximação máxima da profundidade ideal.^{11,12,14}

Após o termino do preparo, a moldagem deve ser feita usando fio retrator embebido em solução hemostática, definido de acordo com a espessura do sulco. Vencido o tempo de ação, o fio é removido e o material de moldagem (silicóna de adição) vertido seguindo o protocolo convencional.^{12,14}

CIMENTAÇÃO

A cimentação consiste em um procedimento técnico que visa fixar uma restauração indireta em elementos convenientemente preparados, por intermédio de um agente cimentante cujo desempenho influencia diretamente no sucesso clínico do tratamento. Além da retenção da peça protética, o cimento é responsável pelo vedamento marginal da interface dente-restauração, corroborando com a manutenção das propriedades físicas e biológicas das estruturas que estão sendo unidas.^{15,16}

De acordo com Conceição et al. (2003), os cimentos resinosos são os indicados para cimentação desses laminados por apresentarem propriedades superiores aos demais cimentos odontológicos, como o fosfato de zinco e ionômero de vidro. Em associação com os sistemas adesivos, contribuem para o aumento da resistência à fratura do dente restaurado e minimizam a ocorrência de microinfiltração.¹⁷

As restaurações indiretas de porcelana podem ser atualmente aderidas à substância dentária de modo simples e duradouro, utilizando os sistemas adesivos universais e um cimento à base de resina.¹⁸

A adesão dos cimentos resinosos às estruturas dentárias, bem como as restaurações indiretas é responsável pelo selamento das restaurações. Nessas restaurações existe maior quantidade de área de aderência do que livre, ou seja, a linha de cimento resinoso. Sendo assim, quando ocorre a contração de polimerização, não existe área suficiente para o relaxamento das tensões geradas, desta forma, estas tendem a se concentrar justamente na interface adesiva, daí a importância de haver resistência elevada, tanto na interface dente/cimento resinoso quanto na interface material restaurador/cimento resinoso.^{17,18}

Para a realização de uma técnica de cimentação ideal, o cimento deve ser aplicado de maneira homogênea em toda a extensão do laminado cerâmico. Isso impede a falta de cimento em regiões do preparo, fato que poderia resultar em alteração de cor e, principalmente, falhas adesivas.¹⁷

Os cimentos resinosos apresentam uma variedade de cores e níveis de opacidade, oferecendo uma vasta gama de opções para a otimização do resultado estético. Essas opções são importantes para a realização das facetas cerâmicas minimamente invasivas, pois a cor do cimento previamente definida exerce um efeito decisivo no resultado estético final, principalmente quando a cerâmica de eleição apresenta alta translucidez.¹⁹

Com intuito de aperfeiçoar o resultado estético final, realiza-se, frequentemente, uma etapa de prova antes da cimentação definitiva, realizada com pastas de prova (*try-in*). As pastas *try-in*, que acompanham os cimentos resinosos, permitem tanto ao cirurgião-dentista quanto ao paciente avaliarem a

tonalidade da faceta cerâmica, permitindo previsibilidade do resultado. A técnica de cimentação adesiva com reforço do remanescente dental e melhor selamento marginal é a única alternativa viável em se tratando de laminados, pois a técnica adesiva também age como retentor possibilitando ação biomecânica. Em relação ao sistema IPS Empress II, muito utilizado em facetas tipo lente de contato, o fabricante recomenda o condicionamento com ácido fluorídrico por 20 segundos na face interna do laminado, tempo suficiente para remover a matriz vítrea, expondo os cristais de dissilicato de lítio, seguida da aplicação do silano, promovendo o aumento da união entre a fase orgânica do material resinoso e inorgânica da cerâmica.¹⁹

DISCUSSÃO

É cada vez maior a procura de pacientes que almejam a estética do sorriso. Tal fato, por sua vez, promoveu o aumento da qualidade e maior uso de materiais restauradores estéticos, principalmente em região anterior, iniciando pelas resinas compostas até alcançar as cerâmicas de uso odontológico.^{6,7}

O tratamento com cerâmicas de espessura mínima vêm substituindo cada vez mais as restaurações convencionais, principalmente por apresentar superioridade estética. As cerâmicas apresentam diversas vantagens, como: estabilidade de cor e textura, alta resistência, expansão térmica semelhante ao esmalte dental, grande reprodutibilidade estética, durabilidade e rigidez semelhante ao esmalte dental. Gomes et al. (2008) ressaltaram como vantagens a

biocompatibilidade, natureza refratária, inércia química, friabilidade e baixa resistência à tração.^{6,8}

As principais desvantagens dos sistemas cerâmicos são: comportamento pouco plástico com propriedades tensionais precárias, tornando-as um material com baixa maleabilidade e sensivelmente friável, não sendo opção para utilização em regiões de stress mastigatório. Para Valle et al. (2010) o grande motivo de preocupação é o risco à fratura. Discordando, Halley (2012) afirma que os laminados cerâmicos também possuem indicação em regiões posteriores.^{8,20,21}

Por maior que seja o preparo do profissional, falhas nos mais diversos procedimentos são possíveis. Para se obter um resultado satisfatório, é necessário uma adequada escolha do sistema cerâmico, considerando as peculiaridades de cada caso. Para isso, é preciso avaliar a estética, adaptação marginal, biocompatibilidade, resistência, custo e facilidade de fabricação. Decursio & Cardoso (2011) afirmaram que os enceramentos de diagnóstico são ótimas ferramentas durante a avaliação clínica e planejamento do tratamento, uma vez que oferecem informações úteis sobre a possibilidade de utilização de facetas laminadas de porcelana, determinando a posição final e anatomia do laminado.²²⁻
24

As facetas diferem das lentes de contato pela espessura do material utilizado, embora ambos os procedimentos só terão resultados positivos caso seja realizado um planejamento adequado. Nos casos de grande vestibularização dentária e onde há um comprometimento razoável da cor, a alternativa para facetamento

exigirá um preparo do remanescente dental (HIRATA & CARNIEL, 1999). Já Lima et al. (2010) afirmaram que a necessidade de desgaste quando se busca paralelismo dentário com espessura adequada. As lentes de contato, por sua vez, são realizadas sem a necessidade de desgaste ou com preparos minimamente invasivos.^{14,21,25}

Para Freitas et al. (2012) o preparo do dente tem de ser feito com broca diamantada e o acabamento do ângulo do preparo, com discos de lixa em baixa rotação. O término cervical é realizado com broca de acabamento acoplada ao multiplicador e o acabamento do término cervical com instrumento manual MA-2. O preparo dentário, quando necessário, deverá ser realizado com broca em três ângulos diferentes, devolvendo a convexidade da superfície vestibular, com um último desgaste na porção incisal, permitindo espessura suficiente para o restabelecimento da translucidez e opalescência da região. Sakamoto Júnior et al. (2012) acrescentam que os preparos devem ser arredondados com discos abrasivos de média granulação e pontas multilaminadas montadas em contra ângulo multiplicador.^{11,26,27}

CONCLUSÃO

Com base no exposto, conclui-se que as lentes de contato, quando bem empregadas, apresentam ótimos resultados, tanto pela longevidade das restaurações com cerâmica quanto pela estética proporcionada.

Os preparos realizados para esta técnica são extremamente conservadores, com ausência de sensibilidade dolorosa no trans e pós tratamento, passíveis de reversibilidade.

Os cimentos utilizados devem ser de origem resinosa e fotopolimerizáveis, permitindo o uso de pasta *try-in* para prévia seleção da cor do cimento a se utilizar. O avanço dos cimentos e a evolução da adesão ao esmalte possibilitaram o uso das lentes de contato, aumentando as taxas de sucesso para esse tipo de tratamento.

REFERÊNCIAS:

- Okida et al. Lentes de contato: restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2016;37(1):53-59.
- Santiago LA, Peralta SL. Lentes de contato dentais: avaliação da longevidade e principais causas de falhas. *Mostra Científica do Curso de Odontologia* 2016;1(1).
- Francci C et al. Odontologia Estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. *Revista Fundectó* 2011;(10):8-9.
- Mattei FP, Alexandre P, Chain MC. Estado da arte das cerâmicas odontológicas. *Full Dentistry in Science* 2011;5(2):84-91.
- Amoroso AL, Ferreira MB, Torcato LB, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Gennari Filho H. Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2012;33(1):19-25.
- Gomes EA, Assunção WG, Rocha EP, Santos PH. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. *Cerâmica* [online] 2008;1(3):319-325.
- Christesen GJ. Veneering of teeth. State of the art. *Dental Clinics of North America* 1985;29(2):373-391.
- Kina S. Cerâmicas dentárias. *Revista Dental Press de Estética* 2005;2(2):112-128.
- Clavijo V, Kabbacgh W. Restaurações indiretas em cerâmica - facetas sem preparo dental (lentes de contato). *Revista Clinica* 2012;8(4):374-385.
- Calamia JR. Clinical evaluation of etched porcelain veneers. *American Journal of Dentistry* 1989;2(1):9-15.
- Gurel G. Porcelain laminate veneers: minimal tooth preparation by design. *The Dental Clinics of North America* 2007;5(1):419-431.
- Malcmacher L. No-preparation veneers - back to the future! *Dentistry Today* 2005;24(3):86-88.
- Al-Zain A. No-preparation porcelain veneers. 2009. 24f. School of Dentistry, Indiana University, Iupui, 2009.
- Hirata R, Carniel CZ. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com o uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica* 1999;3(15):7-17.
- Leal DP, Severo AMR, Burgos MEA, Menezes MRA, Loretto NRM, Patrício SF. Ionômero de vidro ou cimento de fosfato de zinco na cimentação de restaurações metálicas fundidas. *Odontólogo Moderno* 1995;22(3):6-9.
- Morais MCS, Pandolfi RF, Pegoraro LF, Valle AL, Freitas CA. Resistência à remoção por tração e desajuste de infra-estruturas para coroas metalocerâmicas, analisando dois tipos de cimentos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP* 1994;2(4):7-14.
- Conceição EN et al. Dentística: saúde e estética. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Baratieri LN. Odontologia restauradora - fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001.
- Karaagaclioglu L, Yilmaz B. Influência dos cimentos resinosos na cor dos laminados e nas coroas ocas de porcelana. *Revista da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética* 2007;55(1):686-694.
- Valle AL, Martins LM, Chidiak-Tawil R. Sistemas cerâmicos atuais: revisão de literatura. *Revista Dental Press de Estética* 2010;7(1):107-117.
- Halley E. Direct composite veneers - an aesthetic alternative. *Private Dentistry* 2012;20.
- Gonzales MR, Ritto FP, Lacerda RAS, Sampaio HR, Monnerat AF, Pinto BD. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. *Revista Brasileira de Odontologia* 2011;68(2):238-243.
- Garcia LRF, Consani S, Cruz PC, Souza FCPP. Análise crítica do histórico e desenvolvimento das cerâmicas odontológicas. *Revista Gaúcha de Odontologia* 2011;59(1):67-73.
- Decursio RS, Cardoso PC. Porcelain laminate veneers: a minimally invasive

esthetic procedure. *Stomato Canoas* 2011;17(23):12-19.

25. Lima AF, Carvalho JFO, Cravo FL. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: simples realização? *Revista Dental Press de Estética* 2010;7(4):88-96.

26. Freitas CMC, Freitas WMC, Freitas RMC. Desafio estético em dentes anteriores: aplicando a biomimética – relato de caso clínico. *Revista Dental Press Estética* 2012;7(3):104-116.

27. Sakamoto Júnior AS, Yuen MSY, Higashi C, Liu J, Hirata R, Gomes JC. Protocolo clínico para laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Jornal ILAPEO* 2012;6(1):15-19.