

Reabilitação estética anterior associando cirurgia periodontal com laminados cerâmicos: relato de caso

Anterior aesthetic rehabilitation associating periodontal surgery with ceramic laminates: case report

*Klissia Romero Felizardo(1); Leticia Minali(2); Kamila Aparecida Marchi Silva(3);
Eduardo Augusto Pfau(4); Rayana Soares de Andrade(5); Murilo Baena Lopes(6)*

- 1 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, PR, Brasil.
E-mail: klissiarf@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-3077>
- 2 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, PR, Brasil.
E-mail: leticia_minali@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5331-3719>
- 3 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, PR, Brasil.
E-mail: kamilamarchi32@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9830-5755>
- 4 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama, PR, Brasil.
E-mail: epfau@prof.unipar.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0794-9302>
- 5 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, PR, Brasil.
E-mail: rayanaandrade@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1343-0264>
- 6 Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, PR, Brasil.
E-mail: baenalopes@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6198-7695>

Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, vol. 9, n. 1, p. 40-51, Janeiro-Junho, 2020 - ISSN 2238-510X

[Recebido: Outubro 05, 2019; Aceito: Abril 09, 2020]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X.2020.v9i1.3551>

Endereço correspondente / Correspondence address

Murilo Baena Lopes

Universidade do Norte do Paraná – UNOPAR
Av. Marselha, 183 - Parque Res. João Piza,
Londrina, PR, Brasil
CEP 86.041-040

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*
Editor-chefe: Aloísio Oro Spazzin

Como citar este artigo / How to cite item: [clique aqui/click here!](#)

Resumo

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo relatar um caso de reabilitação estética através de laminados cerâmicos e cirurgia periodontal como forma de tratamento para a agenesia do elemento dental 22 e sorriso gengival associado à retração labial. **Relato do Caso:** Paciente, gênero feminino procurou a Clínica Multidisciplinar da Unipar (Sede/Umuarama) relatando insatisfação com a harmonia estética do sorriso, apresentando coroas curtas e agenesia do elemento dental 22. Com base na anatomia do contorno gengival, foi indicada cirurgia de gengivectomia (bisel interno com osteotomia) para a região ântero-superior. Através do enceramento diagnóstico projetou-se o aumento de coroa clínica, obtendo-se assim uma guia, que foi utilizado para a realização do ensaio diagnóstico intrabucal, *mock-up*, e auxílio na cirurgia periodontal. Após 60 dias a paciente foi encaminhada para a realização dos procedimentos restauradores com a confecção de laminados cerâmicos. **Conclusão:** Pôde-se concluir através dos resultados clínicos obtidos, que a atuação multidisciplinar devolveu a harmonia estética do sorriso e melhora na qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: Facetas Dentárias; Estética dentária; Periodontia.

Abstract

Objective: The aim of this study was to report a case of aesthetic rehabilitation through laminates and periodontal surgery as a form of treatment for the dental element agnesis 22 and gummy smile associated with lip retraction. **Case Report:** Patient, female gender, came to the Clinic Multidisciplinary of Unipar (head office/Umuarama) reporting dissatisfaction with the smile aesthetic harmony, with short crown and dental element agnesis. Based on gingival contour anatomy, a gingivectomy surgery (inner bevel with osteotomy) was indicated for the anterossuperior region. The increase in clinical crown was projected by the termination of diagnosis, thereby a guide, that it was used for the realization of the intra-oral diagnostic test *mock-up*, and support at the periodontal surgery. After 60 days the patient referred for the performance of restorative procedures with the making of laminates. **Conclusion:** It was concluded through clinical results obtained, that the multidisciplinary action gave her the smile aesthetic harmony back and improvement in quality of life.

Keywords: Dental Veneers; Dental esthetics; Periodontics.

Introdução

Um sorriso é considerado belo quando apresenta dentes simétricos, em equilíbrio e harmonia com as estruturas buco-faciais, ausência de discrepâncias na proporção entre os dentes e um correto contorno gengival (1). Sendo assim, a exposição excessiva da gengiva durante o sorriso constitui um fator de grande influência no convívio social. O sorriso gengival, pode estar relacionado a um crescimento vertical em excesso, extrusão dento-alveolar, lábio superior curto ou hiperativo e erupção passiva alterada (2) que por sua vez, é uma condição clínica relacionada à assimetria gengival em decorrência do posicionamento coronário da margem gengival, originando coroas clínicas curtas e de diferentes tamanhos (3, 4). Neste caso, é indicada a cirurgia gengival em bisel interno podendo estar associada ou não à osteotomia (5, 6).

Outro fator determinante para o bloqueio do convívio social são as anomalias dentárias. Estas são definidas como um desvio da normalidade, habitualmente associada ao desenvolvimento embrionário (7), podendo resultar na ausência congênita dos dentes (8). Alguns estudos mostram que o dente que mais frequentemente se encontra ausente é o 2º pré-molar inferior (PMI), seguido do incisivo lateral superior (AILS), do 2º pré-molar superior (PMS) e do incisivo central inferior (ICI), (9, 10), sendo que os indivíduos do gênero feminino são os mais afetados (10).

As opções de tratamento para esta anomalia envolvem a interação entre especialidades como a Ortodontia, prótese, implantodontia, periodontia e dentística (11). Diante de tais considerações, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de reabilitação estética anterior através de laminados cerâmicos e cirurgia periodontal como forma de tratamento para a agenesia do elemento dental 22 e sorriso gengival associado à retração labial.

Relato do caso

Paciente, gênero feminino, 53 anos, procurou a Clínica Multidisciplinar II da Unipar (Sede/Umuarama) relatando insatisfação com a harmonia estética do sorriso. Clinicamente o elemento dental 23 apresentava-se reanatomizado como o elemento 22 e o primeiro pré-molar superior (24) como o elemento 23, ambos em resina composta (Figura 1). Segundo a paciente, tais restaurações não a agradavam esteticamente, além de fraturarem-se constantemente, o que a deixava insatisfeita. Além disso, o exame clínico mostrou dentes com coroas clínicas curtas (Elemento dental 11 e 21), sorriso gengival, desalinhamento dos dentes anteriores (Elemento dental 13 ao 23) e espaços interdentais entre os incisivos centrais (11 e 21) (Figura 1).

Figura 1. Aspecto clínico inicial



Primeiramente, foi realizada a adequação da saúde bucal (com profilaxia e orientação sobre higiene oral) seguido pela moldagem com silicone de adição (Express XT, 3M Espe, St Paul, MN, EUA) para obtenção do modelo de diagnóstico; enceramento do modelo (Figura 2) e confecção de guia de silicone tanto para o mock-up quanto para a cirurgia periodontal. O enceramento foi realizado com o objetivo de alinhamento dos dentes anteriores, sendo o mesmo realizado de 2° PM do lado direito (Elemento dental 15), ao 2° PM do lado esquerdo (Elemento dental 25) e aumento do comprimento cérvico-incisal dos elementos 15 ao 25, melhorando assim a curva do sorriso. Foi realizada sondagem intra-sulcular, prova e delimitação do guia cirúrgico. A intervenção foi feita através do posicionamento da guia cirúrgica (Figura 3), e em seguida com lâmina de bisturi número 15C (Swann-Morton Limited, Sheffield, Reino Unido). Foi realizado incisão em bisel interno, e remoção do excesso de tecido gengival com o auxílio de cureta McCall 17/18 (SSWhite Duflex, Juiz de Fora, MG, Brasil), com o intuito de aumentar a coroa clínica dos elementos ântero-superiores (13 ao 23) e melhorar o contorno gengival.

Figura 2. Enceramento diagnóstico



Figura 3. Posicionamento da guia cirúrgica



Devido ao biotipo gengival espesso foi necessário realizar descolamento em retalho total para favorecer a visualização do campo operatório e permitir a osteotomia, que foi executada com pontas diamantadas 2173 (Figura 4) e 1014HL (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), utilizando irrigação com soro fisiológico. Após restabelecidas as proporções das coroas dentais, o procedimento foi finalizado com suturas simples realizadas com fio de Nylon 5.0 (Bioline Fios Cirúrgicos LTDA, Anápolis, GO, Brasil) (Figura 5). A paciente foi orientada com relação a medicação e aos devidos cuidados pós-operatórios, bem como a necessidade de retornar com 10 dias para remoção da sutura (Figura 6).

Figura 4. Osteotomia sendo executada com pontas diamantadas 2173

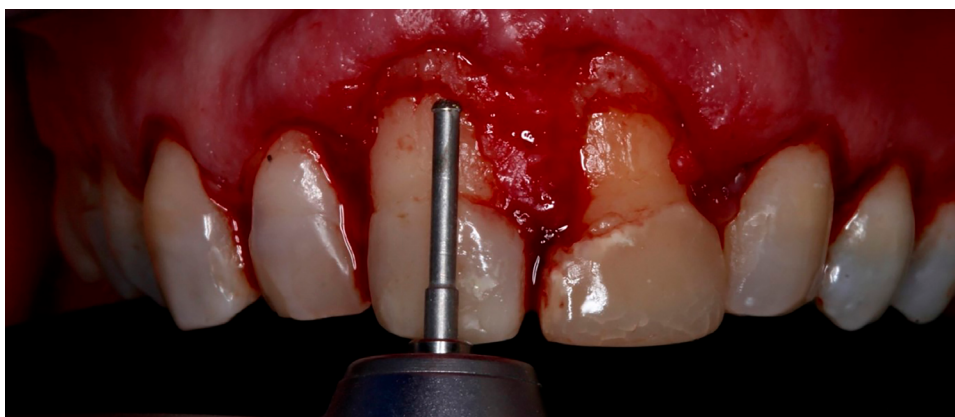


Figura 5. Osteotomia finalizada com suturas simples realizadas com fio de Nylon 50



Figura 6. Aspecto clínico após 10 dias da Osteotomia



Sessenta dias após a intervenção cirúrgica, iniciou-se o tratamento clareador pela técnica de consultório com peróxido de hidrogênio 35% (Whiteness HP 35%, FGM, Joinville, SC, Brasil). Inicialmente os dentes apresentavam coloração A2 (Elemento dental 11, 12, 13, 14, 15 e 25), coloração A3,5 para os elementos dentais 21 e A3 para os elementos dentais 23 e 24. Foi realizado 3 aplicações do gel (20 minutos cada aplicação) com 5 minutos de intervalo entre cada aplicação. Com o clareamento, foi possível melhorar a cor de fundo para as lentes de contato, além de deixar os dentes adjacentes mais claros, dando um aspecto mais agradável ao sorriso. Após o clareamento os elementos dentais (11, 12, 13, 14, 15 e 25) obtiveram uma coloração A1. Como os elementos dentais 21, 23 e 24 apresentavam resina composta na face vestibular não houve mudança de cor. Aguardou-se 2 semanas para a confecção dos preparos com o objetivo de reverter os efeitos do gel clareador em dentina.

Com o clareamento finalizado, pôde-se dar início aos preparos nos elementos dentais (11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24 e 25) através da utilização de uma ponta diamantada de granulação fina e ultrafina (ponta tronco-cônica de extremidade arredondada nº 2135F (KG Sorensen) e acabamento com disco de lixa de granulação média (Diamond pro, FGM) removendo apenas áreas retentivas e redução das faces interproximais a fim de permitir a inserção das lentes de contato e melhorar a estética final do procedimento. Os preparos foram mantidos em esmalte, exceto nos elementos dentais 21, 23 e 24 por apresentarem grande restauração de resina composta por vestibular (Figura 7). Na mesma sessão foram inseridos fios afastadores Ultrapack Nº000 (Ultradent, South Jordan, UT, EUA) e realizada a moldagem pela técnica simultânea com silicone de adição (Express STD, 3M Espe, St Paul, Minnessota, EUA). Após a realização da moldagem, a guia de silicone, *mock-up*, foi preenchida com resina bisacrílica fluida (Bis-Acril® Protemp Express®, 3M ESPE, Seefeld, Germany) na cor A2 e levada à boca até sua completa polimerização (4,5 minutos). Os excessos foram removidos e o ajuste oclusal realizado (Figura 8).

Figura 7. Preparos cavitários finalizados a nível de esmalte, exceto o elemento dental 21 e 23



Figura 8. Vista central do Mock-up



Os laminados cerâmicos foram confeccionados com o sistema de cerâmica vítrea IPS E-max® (Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein). Foi realizada avaliação de cor do cimento resinoso através de teste específico (Variolink Esthetic Try-In-Paste, Ivoclar Vivadent AG) a fim de verificar as características estéticas. Na sequência, após a aprovação da paciente e checagem das margens das restaurações, foi realizado o procedimento de cimentação dos laminados cerâmicos. As superfícies internas das restaurações foram condicionadas com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana, FGM) por 60 segundos. Após o tempo de tratamento recomendado (12, 13), o ácido foi lavado e aplicado o ácido fosfórico a 37% (Scotchbond Etchant 37%, 3M ESPE) por 30 segundos, seguido de subsequente lavagem. Foi aplicado na superfície interna de cada peça uma camada de silano (Monobond-S, Ivoclar Vivadent) por 1 minuto, seguido da aplicação de agente adesivo (Tetric N-Bond Universal, Ivoclar Vivadent) e posterior volatização e fotoativação do mesmo por 15 segundos.

O tratamento do substrato dental foi feito com ácido fosfórico a 37% (Scotchbond Etchant 37%, 3M ESPE) por 30 segundos e subsequente lavagem; aplicação de um

agente adesivo (Tetric N-Bond Universal, Ivoclar Vivadent), seguido de um leve jato de ar e fotoativação por 15 segundos. Para cimentação, foi utilizado um cimento resinoso fotopolimerizável (Variolink Esthetic Try-In-Paste, Ivoclar Vivadent).

Após remoção cuidadosa dos excessos de cimento foi realizado a fotoativação com unidade LED/ Rádii-Cal (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália), por 60 segundos em cada dente. Os excessos de cimento foram removidos da região cervical com pontas multilaminadas e o polimento da interface realizado com pontas abrasivas (Viking, KG Sorensen) para resina composta. A oclusão foi verificada com carbono de articulação (Accufilm II, Parkell Inc., Edgewood, NY, EUA).

A paciente recebeu orientações sobre os cuidados com as restaurações e foi dispensada, voltando para sessão de controle após 20 dias (Figura 9) onde foi possível observar a qualidade do trabalho final e sua satisfação com o novo sorriso.

Figura 9. Caso finalizado (vista frontal)



Discussão

Dentre os fatores periodontais que afetam a estética do sorriso, a exposição excessiva da gengiva conhecida por sorriso gengival, vem sendo uma das queixas mais comuns nos consultórios odontológicos, seguida de coroas curtas e presença de diastemas. Para esses casos, está indicado a gengivectomia, com a finalidade de estabelecer uma relação mais harmônica entre margem gengival e lábio e conseqüentemente um aumento da coroa dos dentes, proporcionando uma melhor simetria entre altura e largura das coroas e, em alguns casos, o fechamento dos diastemas por meio de restaurações diretas ou indiretas, através dos laminados cerâmicos. No caso relatado, a paciente apresentava coroas clínicas curtas, devido à erupção passiva tardia. Foi então proposto a realização da gengivectomia associada a um retalho com incisão em bisel interno e osteotomia, de acordo com o indicado pelo trabalho de Calixto *et al* (14). O resultado deste procedimento foi positivo, diminuindo a faixa de gengiva durante o sorriso e conseqüentemente o aumento do comprimento dos dentes, criando um sorriso mais harmonioso.

Encontrar pacientes com agenesia de pré-molares inferiores e incisivos laterais superiores no consultório odontológico é comum. A ausência desses dentes é considerada de importância para o cirurgião-dentista, pelo fato de ocasionar discrepância entre os arcos dentários e consequentes maloclusões, disfunções no sistema estomatognático e comprometimento estético, principal motivo de insatisfação e procura pelo tratamento odontológico (15). As agenesias localizadas na região anterior do arco dentário superior são as principais causadoras de uma estética desfavorável (16), sendo a queixa central da paciente.

As duas principais formas de tratamento para agenesia dentária consistem no fechamento de espaços com mesialização dos dentes adjacentes pela ortodontia e reanatomização estética com o intuito de adquirir a forma do dente ausente ou a abertura ou manutenção de espaços com posterior reabilitação protética (17, 18). Tendo em vista que as duas opções de tratamento apresentam resultados satisfatórios, cabe ao profissional a decisão pela melhor alternativa, analisando de forma cautelosa os fatores que possam vir a interferir tanto na funcionalidade quanto na estética final e levando em consideração as indicações e contra-indicações para os diferentes casos. Para o caso em questão, a paciente foi categórica no sentido de não se propor a utilizar aparelho ortodôntico, ficando desse modo a segunda alternativa como forma de tratamento: manter o espaço e realizar reabilitação protético por meio de facetas cerâmicas.

Embora a cerâmica apresente inúmeras vantagens, a reprodução clínica da cor ainda representa um desafio, dada a interação da cor do substrato dental com o substrato subjacente. Isso ocorre em virtude da fina espessura dos laminados cerâmicos, os quais são significativamente afetados pela alteração de cor da dentina remanescente, podendo comprometer o resultado estético final (19, 20). Neste sentido, muitos optam por realizar um preparo mais profundo quando o dente apresenta alterações severas de cor, pois a lâmina será mais espessa, conseguindo assim mascarar a alteração (21).

Segundo Tomm (22) e Hilgert (23) quanto menor a descoloração, menor o desgaste necessário. Nos casos de descoloração média (A3,5) é possível mascarar a cor com a associação de preparos de 0,4 mm e cerâmicas pouco translúcidas. Em preparos severamente escurecidos (C4), apenas a associação de preparo invasivo com profundidade de 1 mm e cerâmica de baixa translucidez é capaz de resultar em cor final aceitável em relação a restauração referência. Preparos invasivos com 1 mm de profundidade expõem grande área de dentina, o que prejudica o sucesso clínico das restaurações. Sendo assim, para o elemento dental 21 e 23 foram realizados preparos de 0,4 mm em relação aos demais, por estes apresentarem restauração em resina composta de cor A3 o que poderia comprometer o resultado estético final. Além disso, pelo fato de os caninos apresentarem uma tonalidade mais escura ou até mesmo de outro matiz em relação aos incisivos, foi realizado clareamento de consultório através de peróxido de hidrogênio 35% de modo que as coroas ficassem harmonizáveis com os dentes

adjacentes e antagonistas da arcada, não afetando desse modo, a interação da cor do substrato dental (dentina) com o substrato subjacente.

Outra maneira utilizada por profissionais para a obtenção do sucesso na reprodução cromática do dente a ser restaurado, é a escolha da cor do cimento resinoso a ser utilizado. Com o cimento é possível modificar a cor final da restauração, sobretudo quando se utiliza laminados de pequena espessura e alta translucidez. Nesse caso, é preciso utilizar uma pasta simuladora ou *try-in* para teste de seleção da cor do cimento resinoso (20). A cimentação adesiva envolve a adaptação do cimento às irregularidades superficiais com o intuito de impedir o deslocamento da restauração. Para isso, o agente cimentante ideal deve preservar e estabilizar os tecidos dentários duros, fornecer uma união durável entre materiais diferentes, possuir alta resistência sob compressão e sob tração, ser biocompatível com o tecido pulpar, possuir propriedades antimicrobianas, resistência à microinfiltração, ser de fácil manipulação, possuir baixa espessura de película, baixa solubilidade, alto limite proporcional, translucidez e radiopacidade (24). Para este tipo de restauração o uso de cimentos exclusivamente foto-ativáveis (25) 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 (25). Além disso, 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 estético (26). Para o caso clínico em questão, foi utilizada a pasta Variolink Esthetic- Try-In-Paste da Ivoclar Vivadent, obtendo uma resolução estética satisfatória.

Conclusão

Pôde-se concluir através dos resultados clínicos obtidos que a atuação multidisciplinar devolveu a harmonia estética do sorriso o que teve impacto direto sobre a qualidade de vida da paciente.

Referências

1. Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JDB*. 2002;3(1):226-30.
2. Levine RA, McGuire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compend Contin Educ Dent*. 1997;18(8):757-62.
3. Foley TF, Sandhu HS, Athanasopoulos C. Esthetic periodontal considerations in orthodontic treatment--the management of excessive gingival display. *J Can Dent Assoc*. 2003;69(6):368-72.
4. Kao RT, Dault S, Frangadakis K, Salehieh JJ. Esthetic crown lengthening: appropriate diagnosis for achieving gingival balance. *J Calif Dent Assoc*. 2008;36(3):187-91.
5. Arias DM, Trushkowsky RD, Brea LM, David SB. Treatment of the Patient with Gummy Smile in Conjunction with Digital Smile Approach. *Dent Clin North Am*. 2015;59(3):703-16.
6. Cairo F, Graziani F, Franchi L, Defraia E, Pini Prato GP. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: a case series study. *Int J Dent*. 2012;2012:837658.
7. Garib DG, Peck S, Gomes SC. Increased occurrence of dental anomalies associated with second-premolar agenesis. *Angle Orthod*. 2009;79(3):436-41.
8. Farias LAG, Simões W, Bozzo RO, Oliveira PA. Prevalência da agenesia dentária de jovens do gênero feminino. *RGO*. 2006;54(2):115-8.
9. Kavadia S, Papadiochou S, Papadiochos I, Zafiriadis L. Agenesis of maxillary lateral incisors: a global overview of the clinical problem. *Orthodontics (Chic)*. 2011;12(4):296-317.
10. Pinho T, Tavares P, Maciel P, Pollmann C. Developmental absence of maxillary lateral incisors in the Portuguese population. *Eur J Orthod*. 2005;27(5):443-9.
11. Andrade DC, Loureiro CA, Araujo VE, Riera R, Atallah AN. Treatment for agenesis of maxillary lateral incisors: a systematic review. *Orthod Craniofac Res*. 2013;16(3):129-36.
12. Miranda CC. Caso clínico: prótese fixa anterior – sistema In-ceram Alumina. *PCL*. 2004;6(29):9-11.
13. Raposo CAM, Saito T. Influência do tratamento superficial da porcelana, do tipo de cimento resinoso e da termociclagem na resistência à tração da interface porcelana/dentina. *Rev Pós Grad*. 2004;7(3):240-4.
14. Calixto LR, Anjos TLMR, Oliveira GJPL, Clavijo VGR, Fontanari LA, Andrade MF. Correção de desnível de margem gengival: interação periodontística no restabelecimento do sorriso. *Clínica Int J Braz Dent* 2010;6(4):434-41.
15. Macedo A, Cotrim-Ferreira A, Garib DG, Almeida RR. Tratamento de pacientes com agenesia de incisivos laterais superiores. *Rev Orto SPO*. 2008;41(4):418-24.
16. Freitas MR, Souza F. Agenesias dentárias: relato de um caso clínico. *Ortodontia*. 1998;31(1):105-12.

17. Kokich VO, Jr. Congenitally missing teeth: orthodontic management in the adolescent patient. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002;121(6):594-5.
18. Suguino R, Furquim LZ. Uma abordagem estética e funcional do tratamento ortodôntico em pacientes com agenesias de incisivos laterais superiores. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2003;8(6).
19. Azer SS, Rosenstiel SF, Seghi RR, Johnston WM. Effect of substrate shades on the color of ceramic laminate veneers. *J Prosthet Dent.* 2011;106(3):179-83.
20. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro Jr L. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos. *ROBRAC.* 2011;20(52):88-93.
21. Gurel G. Porcelain laminate veneers: minimal tooth preparation by design. *Dent Clin North Am.* 2007;51(2):419-31, ix.
22. Tomm AGF. Influência da cor, substrato e translucidez no resultado final de facetas cerâmicas [Monografia]. Passo Fundo: Faculdade Meridional - Imed; 2012.
23. Hilgert LA. Influência da coloração do substrato, espessura e translucidez da cerâmica na cor de facetas laminadas produzidas com o sistema Cerec Inlab [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
24. Terry D, Geller W. Odontologia estética restauradora: seleção de materiais e técnicas. 2. ed. São Paulo: Quintessence; 2014.
25. Sensi L, Baratieri LN, Monteiro Jr S. Cimentos Resinosos. In: Kina S, Bruguera A, editors. *Invisível: Restaurações estéticas cerâmicas.* Maringá: Dental Press; 2007. p. 303-19.
26. Higashi C, Reggiani RD, Kina S, Scopin O, Hirata R. Cerâmicas em dentes anteriores: Parte I: indicações clínicas dos sistemas cerâmicos. *Clínic Int J Braz Dent.* 2006;2(1):22-31.