

Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico

Vanessa Wunsch

Mock-up direto em resina composta. Relato de caso clínico.

CURITIBA
2014

Vanessa Wunsch

Mock-up direto em resina composta. Relato de caso clínico.

Monografia apresentada ao Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Prof. Antônio Sakamoto Jr.

CURITIBA
2014

Vanessa Wunsch

Mock-up direto em resina composta. Relato de caso clínico.

Presidente da banca (Orientador): Prof. Antônio Sakamoto Jr.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Rafael Brum

Prof. Cristian Higashi

Prof. Oswaldo Scopin Andrade

Aprovada em: 12/03/2014

Dedicatória

Ao meu esposo Raphael, que compreensivamente desculpou minhas ausências, por seu apoio incondicional a esse projeto e a todos os meus sonhos.

Agradecimentos

Aos meus pais Roque e Regina por seu incentivo, orientação e apoio hoje e sempre.
Sem os quais nada seria possível.

Ao meu querido esposo Raphael pelo amor e amizade que compartilhamos.

A minha irmã Viviane pelos ótimos momentos de companhia, conselhos e amizade.

Aos professores do curso de Especialização em Dentística do ILAPEO, em especial ao orientador deste trabalho, Prof. Antônio Sakamoto Jr, por suas orientações, paciência, boa vontade e disposição ao longo do curso.

Aos colegas de especialização pela amizade e companheirismo compartilhados.

Aos pacientes, que solícitamente colaboraram a este projeto, por sua confiança.

Aos funcionários do ILAPEO pelo trabalho em equipe.

E, por último, mas não menos importante, a Deus e aos meus mentores espirituais pela oportunidade da vida, aperfeiçoamento intelectual e espiritual.

Sumário

Resumo

1. Introdução	08
2. Revisão de Literatura	10
3. Proposição	18
4. Artigo Científico	19
5. Referências	43
6. Anexo	45

Resumo

A procura por tratamentos odontológicos estéticos vem crescendo, para se obter o sucesso são necessários além do planejamento do caso, orientado pela análise facial do paciente, também avaliar sua personalidade, suas expectativas e anseios. O uso de técnicas que trazem previsibilidade ao tratamento tem se tornado de freqüente uso na clínica odontológica. A técnica de *mock-up* é uma ferramenta que auxilia tanto ao profissional quanto ao planejamento e visualização do caso, como ao paciente em relação as suas preferências e expectativas. O tratamento é simulado na boca do paciente com o auxílio de resinas autopolimerizáveis a partir de um enceramento diagnóstico. Em casos de pequenas modificações pode ser realizado através de um ensaio restaurador direto em resina composta que será moldado para a confecção de uma guia palatina para a realização das restaurações definitivas. A diminuição dos custos, a rapidez e a avaliação imediata dos resultados são vantagens desta técnica de *mock-up* direto e sua indicação dependerá da necessidade de modificações do caso e habilidade manual do cirurgião-dentista. O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura sobre a técnica, descrevendo o planejamento, as vantagens e indicações do *mock-up* direto em resina composta através de um caso clínico utilizando o ensaio restaurador.

Palavras-chave: Odontologia; Estética Dentária; Resinas Compostas.

Abstract

The demand for aesthetic dental treatments has grown, to achieve success are needed beyond the planning case, guided by the patient's facial analysis, also evaluate your personality, your expectations and wishes. The use of techniques that bring predictability to treatment has become frequently used in the dental clinic. The mock -up technique is a tool that helps both the professional on planning and viewing the case as the patient concerning their preferences and expectations. The treatment is simulated in the patient's mouth with the aid of self polymerized resins from a diagnostic wax-up. In cases of minor modifications can be accomplished through a direct restorative composite test that will be molded for making a palatine guide to execution of definitive restorations. The low cost, speed and immediate evaluation of results are advantages of this technique mock-up and technique indications depends on the need for modifications of the case and manual skill of the dentist. This paper aims to review the literature on the technique, describing the planning, the advantages and indications of direct mock-up in composite resin through a clinical case using the restorative test.

Keywords: Dentistry; Esthetics, Dental; Composite Resins.

1. Introdução

A estética é um conceito subjetivo e esta relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos. A grande procura pela satisfação pessoal com a própria aparência vem crescendo e a Odontologia e as técnicas empregadas em tratamentos também evoluíram acompanhando essa exigência.

Compreender as necessidades primordiais do paciente, ouvir suas expectativas e anseios, definir sua personalidade, a expectativa em relação ao tratamento e seu grau de exigência devem fazer parte do planejamento de tratamentos Odontológicos Estéticos (CALIXTO, BANDECA & ANDRADE 2011).

O tratamento deve ser realizado em conjunto onde o profissional, embasado cientificamente, lança mão de todas as possibilidades que tenham a finalidade de orientar e prever o resultado final do tratamento. O paciente deve fazer parte do planejamento ajudando a tomar decisões sobre suas preferências, sendo orientado quanto a modificações que serão necessárias em seu sorriso, conquistando assim sua confiabilidade. O profissional, por sua vez, trabalhando desta forma obtém vantagens com um tratamento bem conduzido, minimizando falhas e repetições e com a certeza da satisfação do paciente com os resultados (SIMON & MAGNE 2008).

Uma das técnicas mais utilizadas para estimar o resultado final do tratamento e alcançar o sucesso é a técnica de *mock-up*. Esta consiste em transferir para a boca do paciente os possíveis resultados antes de iniciar o tratamento. Pode ser realizada através de guias em silicone e resinas que transferem o enceramento feito no modelo de gesso, ou ainda diretamente sobre os dentes naturais com o auxílio de resinas compostas e habilidade manual. A escolha da técnica dependerá da preferência do profissional e da necessidade de modificações do caso. Seja ela qual for, a melhora da percepção do paciente aos possíveis

resultados auxilia na boa execução da técnica e promove a expectativa do paciente à realidade.

O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre a técnica de *mock-up*, suas indicações, execução e descrever um caso clínico utilizando a técnica de ensaio intra-oral com resina composta.

2. Revisão de Literatura

2.1 Padrão Estético

“A feiúra e a discórdia e os movimentos desarmônicos são praticamente aliados das palavras e da natureza doentes, como a graça e a harmonia são irmãs gêmeas da bondade e da virtude e sustentam sua semelhança.”

Os indivíduos estão sempre em busca do belo. O conceito de beleza da Grécia antiga de Platão revelava a mais alta expressão do espírito humano. (BUCO et al., 2011).

A estética é um conceito subjetivo, e esta relacionada a fatores sociais, culturais, psicológicos que se alteram em função do tempo, dos valores e da idade do indivíduo.

Essa influência filosófica ainda norteia a sociedade moderna, e hoje nota-se nos meios de comunicações que o padrão estético da forma física perfeita e da aparência jovem esta associado a uma boa qualidade de vida. O desenvolvimento científico dos dias atuais permite restabelecer assim como, também, melhorar o bem-estar e a saúde oral do ser humano: esculpindo sorrisos.

Preconiza-se, como conceito da Odontologia Restauradora atual para qualquer procedimento, a maior preservação da estrutura dental sadia, devendo o profissional sempre optar pelo tratamento mais conservador (HIGASHI et al., 2006). O uso de técnicas adesivas possíveis através do condicionamento ácido e de diferentes resinas compostas proporcionam soluções estéticas extremamente conservadoras e reversíveis. Devido a constante evolução dos materiais adesivos e cerâmicos é possível alcançar resultados com alta estética e de longo prazo (CHRISTENSEN & CHRISTENSEN 1991).

Para se obter um bom resultado é necessário estabelecer um correto diagnóstico e um adequado planejamento. Embasado por conhecimentos científicos, cabe ao profissional

definir a indicação quanto ao material restaurador a ser utilizado, em cada situação clínica (HIRATA & CARNIEL 1999).

2.2 Análise Estética

Uma das características mais notáveis e importantes do sorriso é a proporção dos tamanhos dos dentes, sua altura e largura em relação uns aos outros e seu formato (BOSELLI & PASCOTTO 2007).

O sorriso é composto pelo conjunto formado entre os dentes, tecido gengivais e lábios. Os dentes superiores devem ocupar a maior parte de exposição do sorriso entre os lábios superior e inferior. De acordo com os princípios estéticos, se expõe normalmente de 1 mm a 5 mm os Incisivos Centrais Superiores quando os lábios estão em repouso, esses dentes são o foco visual do sorriso e devem ser dominantes e simétricos. As mulheres tendem a expor mais os Incisivos e quanto mais jovem o indivíduo, também, é maior essa exposição (BUCO et al., 2011).

Individualmente, os dentes apresentam uma progressiva inclinação mesio-axial que aumenta conforme se encontram mais a distal. Da mesma forma, as ameias interproximais se abrem quanto mais distal no arco dental, criando profundidade nas áreas de contato entre os dentes. A arquitetura gengival é simétrica bilateralmente e os zênites gengivais dos Incisivos Centrais e Caninos Superiores são levemente para distal, acompanhando seu longo eixo inclinado (MAUROS, 2006).

O diagnóstico estético deve ser realizado com o auxílio de fotografias, radiografias e modelos de gesso; além da consulta pessoal com o paciente. Através das fotografias é possível avaliar a altura e largura do sorriso, exposição dos dentes, volume dos lábios. É imprescindível avaliar também o posicionamento e a simetria entre os elementos dentais e

a sua forma. Pequenos detalhes são observados nas fotografias através da magnificação com a ajuda de softwares, como: a textura, definição dos mamilos e áreas de translucidez. O exame radiográfico auxiliará na avaliação das condições periodontais, restauradoras e endodônticas. Os modelos de estudo auxiliam na visão tridimensional, posicionamento gengival, guias, interferências oclusais e má posição (CONCEIÇÃO et al, 2000).

Com a finalidade de padronizar e obter melhor estética adota-se linhas e planos referenciais para a reconstrução dos elementos dentais. No plano horizontal temos como referência a linha interpupilar: que passa pelo centro dos olhos e a linha da comissura labial: que passa de uma extremidade da comissura a outra. Elas devem ser paralelas ao solo e ajudam a definir o paralelismo oclusal, o plano incisal e o contorno gengival. No plano vertical a referência é a linha média facial: definida pelos pontos que unem a glabella, ponta do nariz, filtro e mento. Esta linha deve ser perpendicular à linha interpupilar e será referência para a linha média dos incisivos centrais no sorriso. A linha mais utilizada como referência horizontal é a linha interpupilar, no entanto se houver uma grande discrepância de paralelismo entre esta e a linha da comissura labial, deve ser definido com o auxílio do paciente qual será a linha de referência (FRADEANI, BARDUCCI & CONRRADO 2006).

A forma e o volume dos lábios podem ser usados para definir o tamanho e forma ideal das restaurações anteriores. Pacientes com lábios mais volumosos devem ter incisivos mais aparentes, enquanto que em pacientes com lábio fino os incisivos devem aparecer menos.

Em um sorriso simétrico a borda incisal dos dentes superiores deve acompanhar a curvatura do lábio inferior. Ao sorrir os dentes podem se apresentar acompanhando a curvatura do lábio inferior de três formas: onde entre os incisivos superiores e o lábio inferior há um espaço; onde não há espaço entre os incisivos superiores e o lábio inferior; e onde o lábio inferior cobre a borda dos incisivos superiores. Constata-se que a mais

estética das apresentações é a primeira. Os casos onde o bordo incisal dos dentes superiores não acompanha a curvatura do lábio inferior não são estéticos e o paciente apresenta normalmente os dentes desgastados ou ainda invertidos, dando a aparência de sorriso envelhecido.

As bordas incisais dos incisivos centrais superiores devem estar localizados quando com os lábios em repouso no vermelhão do lábio inferior, para que não dificultem o fechamento dos lábios. As linhas do sorriso devem ser analisadas para planejar a exposição adequada dos elementos dentais na reconstrução e podem ser definidas como: alta, quando se expõe totalmente os incisivos e ainda boa parte dos tecidos gengivais; média, quando há exposição dos incisivos e também das papilas gengivais; e baixa quando não se expõe totalmente os incisivos e os tecidos gengivais não estão aparentes. A largura do sorriso e o corredor bucal devem ser observados também. O corredor bucal é responsável pela progressão do sorriso e o seu preenchimento causa a sensação de que o paciente apresenta mais dentes na boca (LINHARES, 2012).

A análise fonética auxilia a estabelecer a correta dimensão vertical de oclusão, pois os sons pronunciados com M, E, F, V auxiliam na determinação do comprimento dos dentes. Esses sons devem ser pronunciados sem dificuldade e sem que os dentes se encostem. A cor e a translucidez devem ser observadas a fim de se reproduzir com naturalidade as reconstruções (LINHARES, 2012).

2.3 Enceramento

O enceramento diagnóstico é o procedimento em que são planejadas, em um modelo de estudo em gesso, as futuras restaurações. Neste método de diagnóstico os elementos dentais são construídos em cera e serão guia para o cirurgião-dentista e o técnico

em laboratório identificarem os procedimentos necessários para atingir a estética e função desejadas. Obter a previsibilidade do tratamento garante um resultado estético satisfatório evitando a necessidade de refazer o trabalho.

Sua aplicabilidade é muito versátil, é usado como ferramenta para diagnóstico e tratamento de pacientes dentados, parcialmente desdentados e totalmente desdentados. Através dele é possível indicar o melhor material restaurador a ser utilizado e também a necessidade de tratamentos específicos como: cirurgia pré-protética e periodontal, tratamento ortodôntico e tratamento endodôntico. Ajuda a avaliar o espaço restaurador disponível em relação ao arco oposto. Pode ser usado como meio de comunicação entre o profissional, o técnico e o paciente facilitando a aceitação do paciente em relação ao tratamento proposto. Nos espaços edêntulos é útil na realização do planejamento reverso de casos onde há necessidade de implantes, e em casos que com o auxílio de radiografias confeccionam as guias cirúrgicas. Usado como guia para a realização de preparos dentais e ainda para a confecção de matrizes de silicone guia para procedimentos restauradores diretos (SIMON & MAGNE 2008).

A partir do enceramento é possível executar o ensaio restaurador: *mock-up*, confeccionar provisórios e peças definitivas seguindo o mesmo padrão de anatomia (CALIXTO, BANDECA & ANDRADE 2011).

2.4 Mock-up

Prever o resultado final de um tratamento reabilitador ou estético é essencial e também é um dos segredos para se obter o sucesso. Tão importante quanto o planejamento e a percepção, esclarecer ao paciente sobre como o tratamento será executado permitindo que ele visualize as possíveis modificações auxilia tanto ao profissional em saber seus

anseios como ao paciente em satisfazer suas expectativas. O *mock-up* é um método de simulação e ensaio restaurador que pode ser primeiramente realizado em modelos de estudo e, posteriormente, transferidos para a boca ou ainda pode ser realizado como ensaio restaurador intra-oral direto. (MARQUES et al., 2010).

O *mock-up* pode ser realizado sempre que houver possibilidade de acréscimo de material, ou seja, quando o tamanho e o volume dental forem reduzidos, por exemplo: dentes conóides, com presença de diastemas e dentes palatinizados. Uma das formas mais utilizadas de *mock-up* é o método onde se realiza previamente o enceramento diagnóstico, onde é confeccionada uma matriz em silicone usando o enceramento e nela é colocada uma resina autopolimerizável, conhecida como resina *bys-acryl*, essa matriz é levada em posição na boca sobre os dentes naturais e removida após a polimerização. O material fica retido aos dentes mecânicamente e pode ser facilmente removido após a avaliação do cirurgião-dentista e aprovação do paciente. Caso seja necessário podem-se realizar modificações com resina composta direta, fotografar e moldar essas modificações a fim de informar o técnico em prótese. O procedimento pode ser repetido até que os resultados desejados sejam atingidos. Este material pode ainda ser deixado em posição e usado como restaurações provisórias de longa duração (SIMON & MAGNE 2008).

Alternativamente o *mock-up* pode ser realizado de forma indireta no laboratório sobre o modelo de gesso, de forma que o profissional irá avaliar o ensaio após sua confecção, este *mock-up* pode ser usado como uma prótese *overlay* e o paciente pode levá-lo e mostrar a família e amigos para a aprovação final.

Em casos onde serão necessárias pequenas alterações de forma, pode se eleger a utilização de resinas compostas diretas para sua execução, esse ensaio intra-oral direto pode ser moldado e então confeccionado uma guia em silicone que será utilizada como guia para as restaurações definitivas, eliminando a necessidade de enceramento no

laboratório. A guia em silicone será utilizada para a realização das restaurações definitivas como guia para a confecção da face palatina, e então pode ser removida e dar continuidade ao procedimento restaurador normalmente. Desta forma se obtém a correta posição dos dentes em relação à linha média, forma e necessidade de menos ajustes após a finalização. Os custos e a rapidez do procedimento também são vantagens significantes em relação a outras técnicas que necessitam de enceramento (BEHLE, 2000).

O *mock-up* intra-oral direto com resinas compostas deve ser realizado sem o condicionamento ácido dos tecidos dentais, para que seja depois facilmente removido. Nesta técnica os incrementos são colocados a mão livre contornando os dentes, permitindo ao profissional avaliar os resultados imediatamente e visualizar as modificações necessárias. Esta técnica tem como vantagens o fato de poder visualizar estruturas que não estão presentes quando enviado o modelo ao laboratório. Muitos ensaios são realizados com o auxílio de *softwares* e nem sempre essas modificações são atingíveis, no ensaio intra-oral direto é possível visualizar os resultados que o clínico pode alcançar com exatidão (MAUROS, 2006).

É importante avaliar a posição e exposição dos dentes em relação aos lábios durante o sorriso e fala. Os testes fonéticos podem ser realizados para definir a posição vertical dos bordos incisais, e a posição vestibulo-lingual em relação ao vermelhão do lábio inferior. As alterações fonéticas podem ser percebidas imediatamente e pode-se orientar o paciente quanto a adaptação que será necessária em relação a fala após o trabalho definitivo concluído. O procedimento deve se iniciar pelo recontorno do incisivo central estabelecendo o comprimento ideal, a posição em relação à linha média. Intencionalmente pode-se encurtar ou alongar este primeiro dente a ser ensaiado a fim de que o paciente visualize a diferença e se sinta confiante em relação à sua decisão. Se as margens gengivais não estiverem harmoniosas é possível estender esse ensaio até a posição onde seria

realizada a plástica gengival pra melhor visualização do resultado. Após o ensaio restaurador devem ser realizadas fotografias e moldagem a fim de documentar e registrar o ensaio aprovado. Essas informações e os modelos de gesso serão enviadas ao laboratório de prótese para a confecção dos definitivos (SIMON & MAGNE 2008).

2.5 Recontorno Cosmético

Dentre uma das opções de técnica conservadora temos o recontorno cosmético com resinas compostas. Esta técnica não requer preparo dental e consiste em uma restauração direta onde a retenção dos acréscimos em resina composta se dá através da adesão ao esmalte, com o auxílio do condicionamento ácido total.

Indicada para casos onde não há alteração de cor significativa, ou dentes cujo reposicionamento não exige desgaste. O custo deste procedimento é relativamente baixo, quando comparado a aqueles que envolvem parte laboratorial e é possível realizá-lo em sessão única, o que é uma vantagem, embora essa sessão necessite ser longa.

Esta técnica permite devolver ou proporcionar harmonia ao sorriso de forma excepcional, sendo a resistência e estabilidade de cor das resinas compostas satisfatórias.

A possibilidade de preservação da estrutura dentária devido à redução ou até mesmo a ausência do preparo cavitário indica este como procedimento de escolha para o tratamento de pacientes jovens (BOSELLI & PASCOTTO 2007).

3. Proposição

Demonstrar a utilização da técnica de *mock-up* direto em resina composta através de um relato de caso clínico, visando a melhoria estética e harmonização do sorriso utilizando métodos de diagnóstico e de análise facial, bem como descrever as vantagens e desvantagens desta técnica em relação a outras possibilidades de *mock-up*.

4. Artigo Científico

Artigo elaborado segundo as normas da Revista Clínica

Mock-up direto em resina composta: Relato de caso clínico

Direct mock-up in composite resin: Clinic case report

Vanessa Wunsch Santini*

Antônio Setsuo Sakamoto Jr**

* Especialista em Dentística pelo ILAPEO - Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico.

** Mestre em Dentística Restauradora pela UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Professor do curso de Especialização em Dentística do ILAPEO - Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico.

Endereço do autor principal:

Av. Sebastião de Camargo Ribas, 1172. Sala 01. Bairro: Bonsucesso.

Guarapuava-PR. Brasil. CEP 85055000. e-mail: vanessa.wunsch@hotmail.com

Resumo

A procura por tratamentos odontológicos estéticos vem crescendo, para se obter o sucesso são necessários além do planejamento do caso, orientado pela análise facial do paciente, também avaliar sua personalidade, suas expectativas e anseios. O uso de técnicas que trazem previsibilidade ao tratamento tem se tornado de freqüente uso na clínica odontológica. A técnica de *mock-up* é uma ferramenta que auxilia tanto ao profissional quanto ao planejamento e visualização do caso, como ao paciente em relação as suas preferências e expectativas. O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura sobre a técnica, descrevendo o planejamento, as vantagens e indicações do *mock-up* direto em resina composta através de um caso clínico utilizando o ensaio restaurador.

Palavras - chave: Dentística; Estética Dentária; Resinas Compostas

Introdução

Compreender as necessidades primordiais do paciente, ouvir suas expectativas e anseios, definir sua personalidade, a expectativa em relação ao tratamento e seu grau de exigência devem fazer parte do planejamento de tratamentos Odontológicos Estéticos.¹

O tratamento deve ser realizado em conjunto onde o profissional, embasado cientificamente, lança mão de todas as possibilidades que tenham a finalidade de orientar e prever o resultado final do tratamento. O paciente deve fazer parte do planejamento ajudando a tomar decisões sobre suas preferências, sendo orientado quanto a modificações que serão necessárias em seu sorriso, conquistando assim sua confiabilidade. O profissional, por sua vez, trabalhando desta forma obtém vantagens com um tratamento bem conduzido, minimizando falhas e repetições e com a certeza da satisfação dos resultados.²

Uma das técnicas mais utilizadas para estimar o resultado final do tratamento e alcançar o sucesso é a técnica de *mock-up*. Esta consiste em transferir para a boca do paciente os possíveis resultados antes de iniciar o tratamento. Pode ser realizada através de guias em silicone e resinas que transferem o enceramento feito no modelo de gesso, ou ainda diretamente sobre os dentes naturais com o auxílio de resinas compostas e habilidade manual. A escolha da técnica dependerá da preferência do profissional e da necessidade de modificações do caso. Seja ela qual for, a melhora da percepção do paciente aos possíveis resultados auxilia na boa execução da técnica e promove a expectativa do paciente à realidade.

Revisão de Literatura

Preconiza-se, como conceito da Odontologia Restauradora atual para qualquer procedimento, a maior preservação da estrutura dental sadia, devendo o profissional sempre optar pelo tratamento mais conservador.³ O uso de técnicas adesivas possíveis através do condicionamento ácido e de diferentes resinas compostas proporcionam soluções estéticas extremamente conservadoras e reversíveis. Devido a constante evolução dos materiais adesivos e cerâmicos é possível alcançar resultados com alta estética e de longo prazo.⁴

Para se obter um bom resultado é necessário estabelecer um correto diagnóstico e um adequado planejamento. Embasado por conhecimentos científicos, cabe ao profissional definir a indicação quanto ao material restaurador a ser utilizado, em cada situação clínica.⁵

Análise Estética

Uma das características mais notáveis e importantes do sorriso é a proporção dos tamanhos dos dentes, sua altura e largura em relação uns aos outros e seu formato.⁶

O diagnóstico estético deve ser realizado com o auxílio de fotografias, radiografias e modelos de gesso; além da consulta pessoal com o paciente. Através das fotografias é possível avaliar a altura e largura do sorriso, exposição dos dentes, volume dos lábios. É imprescindível avaliar também o posicionamento e a simetria entre os elementos dentais e a sua forma. O exame radiográfico auxiliará na avaliação das condições periodontais, restauradoras e endodônticas. Os modelos de estudo auxiliam na visão tridimensional, posicionamento gengival, guias, interferências oclusais e má posição.⁷

Com a finalidade de padronizar e obter melhor estética adota-se linhas e planos referenciais para a reconstrução dos elementos dentais. No plano horizontal temos como referência a linha interpupilar: que passa pelo centro dos olhos e a linha da comissura labial: que passa de uma extremidade da comissura a outra. Elas devem ser paralelas ao solo e ajudam a definir o paralelismo oclusal, o plano incisal e o contorno gengival. No plano vertical a referência é a linha média facial: definida pelos pontos que unem a glabella, ponta do nariz, filtro e mento. Esta linha deve ser perpendicular à linha interpupilar e será referência para a linha média dos incisivos centrais no sorriso. A linha mais utilizada como referência horizontal é a linha interpupilar, no entanto se houver uma grande discrepância de paralelismo entre esta e a linha da comissura labial, deve ser definido com o auxílio do paciente qual será a linha de referência.⁸

A forma e o volume dos lábios podem ser usados para definir o tamanho e forma ideal das restaurações anteriores. Pacientes com lábios mais volumosos devem ter incisivos mais aparentes. Em um sorriso simétrico a borda incisal dos dentes superiores deve

acompanhar a curvatura do lábio inferior. Ao sorrir os dentes podem se apresentar acompanhando a curvatura do lábio inferior de três formas: onde entre os incisivos superiores e o lábio inferior há um espaço; onde não há espaço entre os incisivos superiores e o lábio inferior; e onde o lábio inferior cobre a borda dos incisivos superiores. Constata-se que a mais estética das apresentações é a primeira. Os casos onde o bordo incisal dos dentes superiores não acompanha a curvatura do lábio inferior não são estéticos e o paciente apresenta normalmente os dentes desgastados ou ainda invertidos, dando a aparência de sorriso envelhecido. As bordas incisais dos incisivos centrais superiores devem estar localizados quando com os lábios em repouso no vermelhão do lábio inferior, para que não dificultem o fechamento dos lábios. As linhas do sorriso devem ser analisadas para planejar a exposição adequada dos elementos dentais na reconstrução e podem ser definidas como: alta, quando se expõe totalmente os incisivos e ainda boa parte dos tecidos gengivais; média, quando há exposição dos incisivos e também das papilas gengivais; e baixa quando não se expõe totalmente os incisivos e os tecidos gengivais não estão aparentes. A largura do sorriso e o corredor bucal devem ser observados também. O corredor bucal é responsável pela progressão do sorriso e o seu preenchimento causa a sensação de que o paciente apresenta mais dentes na boca.⁹

Mock-up

O *mock-up* é um método de simulação e ensaio restaurador que pode ser primeiramente realizado em modelos de estudo e, posteriormente, transferidos para a boca ou ainda pode ser realizado como ensaio restaurador intra-oral direto.¹⁰

O *mock-up* pode ser realizado sempre que houver possibilidade de acréscimo de material, ou seja, quando o tamanho e o volume dental forem reduzidos, por exemplo: dentes conóides, com presença de diastemas e dentes palatinizados. Uma das formas mais

utilizadas de *mock-up* é o método onde se realiza previamente o enceramento diagnóstico, onde é confeccionada uma matriz em silicone usando o enceramento e nela é colocada uma resina autopolimerizável, conhecida como resina *bys-acryl*, essa matriz é levada em posição na boca sobre os dentes naturais e removida após a polimerização. O material fica retido aos dentes mecânicamente e pode ser facilmente removido após a avaliação do cirurgião-dentista e aprovação do paciente. Caso seja necessário pode-se realizar modificações com resina composta direta, fotografar e moldar essas modificações a fim de informar o técnico em prótese. O procedimento pode ser repetido até que os resultados desejados sejam atingidos. Este material pode ainda ser deixado em posição e usado como restaurações provisórias de longa duração.²

Alternativamente o *mock-up* pode ser realizado de forma indireta no laboratório sobre o modelo de gesso, de forma que o profissional irá avaliar o ensaio após sua confecção, este *mock-up* pode ser usado como uma prótese overlay e o paciente pode levá-lo e mostrar a família e amigos para a aprovação final.

Em casos onde serão necessárias pequenas alterações de forma, pode se eleger a utilização de resinas compostas diretas para sua execução, esse ensaio intra-oral direto pode ser moldado e então confeccionado uma guia em silicone que será utilizada como guia para as restaurações definitivas, eliminando a necessidade de enceramento no laboratório. A guia em silicone será utilizada para a realização das restaurações definitivas como guia para a confecção da face palatina, e então pode ser removida e dar continuidade ao procedimento restaurador normalmente. Desta forma se obtém a correta posição dos dentes em relação à linha média, forma e necessidade de menos ajustes após a finalização. Os custos e a rapidez do procedimento também são vantagens significantes em relação a outras técnicas que necessitam de enceramento.¹¹

O *mock-up* intra-oral direto com resinas compostas deve ser realizado sem o condicionamento ácido dos tecidos dentais, para que seja depois facilmente removido. Nesta técnica os incrementos são colocados a mão livre contornando os dentes, permitindo ao profissional avaliar os resultados imediatamente e visualizar as modificações necessárias. Esta técnica tem como vantagens o fato de poder visualizar estruturas que não estão presentes quando enviado o modelo ao laboratório. Muitos ensaios são realizados com o auxílio de softwares e nem sempre essas modificações são atingíveis, no ensaio intra-oral direto é possível visualizar os resultados que o clínico pode alcançar com exatidão.¹²

É importante avaliar a posição e exposição dos dentes em relação aos lábios durante o sorriso e fala. Os testes fonéticos podem ser realizados para definir a posição vertical dos bordos incisais, e a posição vestibulo-lingual em relação ao vermelhão do lábio inferior. As alterações fonéticas podem ser percebidas imediatamente e pode-se orientar o paciente quanto a adaptação que será necessária em relação a fala após o trabalho definitivo concluído. O procedimento deve se iniciar pelo recontorno do incisivo central estabelecendo o comprimento ideal, a posição em relação à linha média. Intencionalmente pode-se encurtar ou alongar este primeiro dente a ser ensaiado a fim de que o paciente visualize a diferença e se sinta confiante em relação à sua decisão. Se as margens gengivais não estiverem harmoniosas é possível estender esse ensaio até a posição onde seria realizada a plástica gengival pra melhor visualização do resultado. Após o ensaio restaurador devem ser realizadas fotografias e moldagem a fim de documentar e registrar o ensaio aprovado. Essas informações e os modelos de gesso serão enviadas ao laboratório de prótese para a confecção dos definitivos.²

Relato de Caso

A paciente P.R.Z, 22 anos, gênero feminino, procurou atendimento na Clínica Odontológica do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, queixando-se do tamanho pequeno de seus dentes e das manchas presentes após a finalização do tratamento ortodôntico.

Clinicamente apresentava manchas de descalcificação nas faces Vestibulares dos dentes anteriores e ameias proximais abertas que davam impressão de dentes pequenos. (Fig. 1).

Como passo inicial foi obtido um modelo de gesso para o estudo do caso e para registro. Analisando a linha do sorriso da paciente, a exposição dos dentes durante a fala, ao sorrir e em repouso foi realizado o planejamento estético do caso. Pode-se verificar que havia necessidade de pequenas modificações nos elementos dentais, como o fechamento das ameias e uma melhora da proporção dental. Por ser uma paciente jovem com necessidade de pequenas modificações de forma dos elementos dentais, foi indicado o tratamento restaurador estético de recontorno dental em resina composta. (Fig. 2, 3 e 4).

Para uma melhor visualização do resultado final do tratamento pelo paciente e sua aprovação foi realizado um *mock-up*, a técnica escolhida foi a de *Mock-up* Direto com Resina Composta. Esta técnica é indicada quando o procedimento restaurador envolve pequenas modificações e tem como vantagens a visualização da linha do sorriso, da posição dos lábios e da harmonia do sorriso enquanto estão sendo realizados os acréscimos de resina no ensaio. Outra vantagem é a possibilidade de realizar os ajustes necessários antes de obter a guia restauradora e de poder selecionar as cores de resina a serem utilizadas e a técnica de estratificação. Utilizando essa técnica o paciente tem uma previsão mais fiel do resultado final.

A paciente realizou o clareamento pela técnica caseira previamente ao tratamento e ensaio restaurador.

Para a realização do mock-up foi utilizado, com ausência de condicionamento ácido, uma gota de adesivo em cada face vestibular dos dentes para que os acréscimos em resina ficassem estáveis e passíveis de serem moldados sem seu deslocamento. (Fig. 5). Foram selecionadas as cores a serem utilizadas e os acréscimos de resina foram sendo realizados levando em consideração a análise facial da paciente. (Fig. 6 e 7).

Após os ajustes e a aprovação da paciente do resultado foi realizada uma moldagem com alginato para documentação e uma moldagem com silicona de adição pesada dos dentes que receberam o mock-up a fim de utilizá-la como guia para o recontorno. (Fig. 8 e 9).

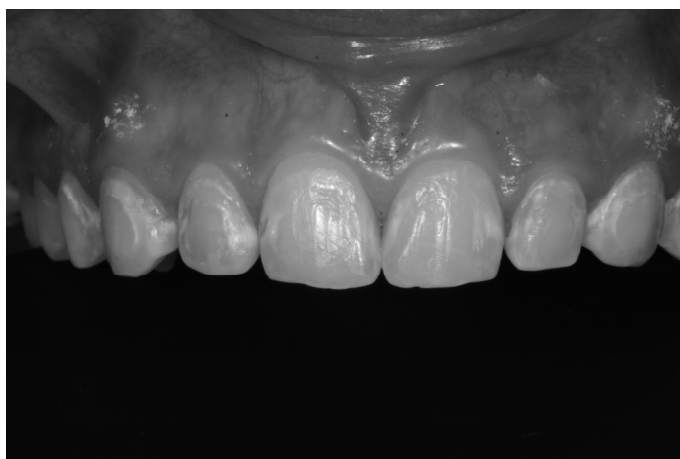


Figura 1 – Fotografia inicial. Observa-se a desarmonia dos elementos dentais.



Figura 2 – Paciente com lábio em repouso. Avalia-se o comprimento dos elementos dentais e sua exposição.



Figura 3 – Paciente em perfil com lábio em repouso. Observar o lábio em repouso em perfil para avaliar a inclinação vestibulo/lingual dos elementos dentais.



Figura 4- Paciente sorrindo. Avalia-se a exposição e contornos gengivais.



Figura 5- Aplicação de adesivo sem condicionamento ácido.



Figura 6- Ensaio restaurador através de acréscimos de resina composta.



Figura 7- Ensaio restaurador finalizado observando a melhor proporção do elementos dentais.

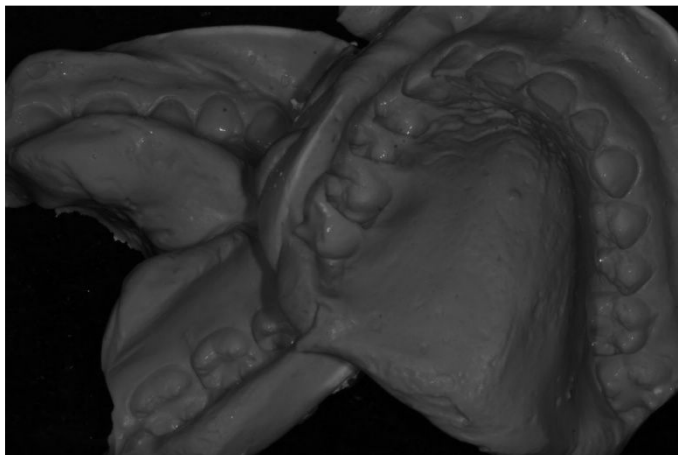


Figura 8- Modagem do *mock-up* com alginato.

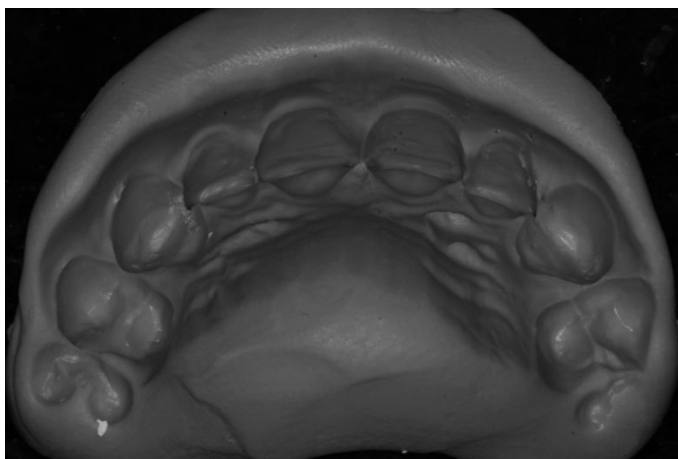


Figura 9- Moldagem do *mock-up* com silicóna de adição pesada para confecção do guia.

O *mock-up* foi removido e foi iniciado o procedimento restaurador definitivo, a guia de silicone auxilia o profissional durante a etapa restauradora, já que copia de forma fiel a superfície lingual dos dentes com o *mock-up*.

Após a profilaxia com pedra-pomes e água foi realizado o isolamento modificado do campo operatório, este isolamento deixa livre as papilas e faces interproximais facilitando o acabamento.

Foram removidas com o uso de alta rotação e broca esférica diamantada número 4 a regiões com as manchas de descalcificação. (Fig.10 e 11). O esmalte dental foi condicionado com ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos iniciando pelo elemento 11,

seguido de lavagem abundante com spray ar/água. Após secagem com jatos de ar, foi aplicado o sistema adesivo Single Bond (3M ESPE - Brasil) seguido de fotopolimerização por 30 segundos. (Fig. 12 e 13).



Figura 10 – Isolamento Modificado realizado através da união de 8 furos no dique de borracha.



Figura 11 – Remoção das manchas de descalcificação com ponta diamantada esférica com irrigação em Alta Rotação até os 1º Pré-molares.



Figura 12 – Condicionamento ácido fosfórico 37%, por 30 segundos.



Figura 13 – Aplicação do sistema adesivo.

Sobre a guia de silicone foi colocado um incremento de resina, Empress Direct (Ivoclar Vivadent - Liechtenstein) cor Trans Opal, na área correspondente ao esmalte palatino planejado pelo *mock-up*. A guia foi levada em posição na boca cuidando para que resina composta ficasse bem adaptada em contato com a superfície dentária. Foi fotopolimerizado durante 20 segundos e então a guia foi cuidadosamente removida. Observou-se a qualidade dos contornos anatômicos planejados pelo *mock-up*. (Fig. 14, 15 e 16).

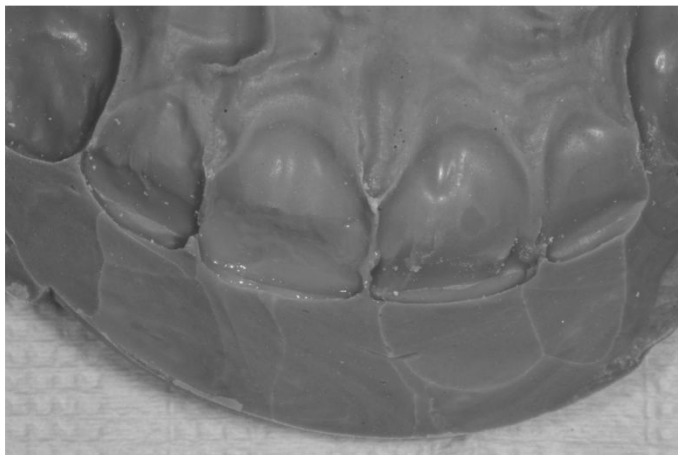


Figura 14 – Guia de silicone com o primeiro incremento de resina composta



Figura 15 – Guia em posição na boca. Avaliar adaptação da guia, observar as regiões de acréscimo de resina composta.



Figura 16 – Primeiro incremento após a fotopolimerização. Resina Composta Trans Opal – Empress Direct.

Em seguida foi utilizado um fino incremento com resina composta Empress Direct (Ivoclar Vivadent - Liechtenstein) cor B1 Dentin caracterizando o halo incisal. Seguida de fotopolimerização por 40 segundos. Com a resina composta cor BL-L Enamel Empress Direct (Ivoclar Vivadent - Liechtenstein) foram realizados os demais incrementos reanatomizando o elemento dental reproduzindo os detalhes anatômicos adequados. Uma última camada de resina composta Empress Direct (Ivoclar Vivadent - Liechtenstein) cor Trans 30 foi acrescentada nas regiões das cristas.

Foi aplicado após término dos incrementos gel hidrossolúvel, para a polimerização mais eficaz da última camada inibida pelo oxigênio, seguido de fotopolimerização por 60 segundos. (Fig. 17, 18 e 19).

Foi realizada seguindo a mesma seqüência de estratificação as restaurações nos elementos: 21, 22, 23, 12 e 13. (Fig. 20 e 21).



Figura 17 – Halo incisal com resina opaca.

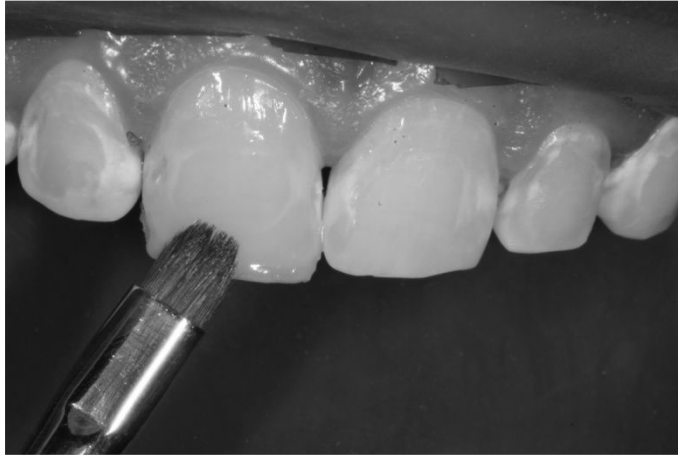


Figura 18 – Acomodação dos incrementos de resina composta com auxílio de pincel.

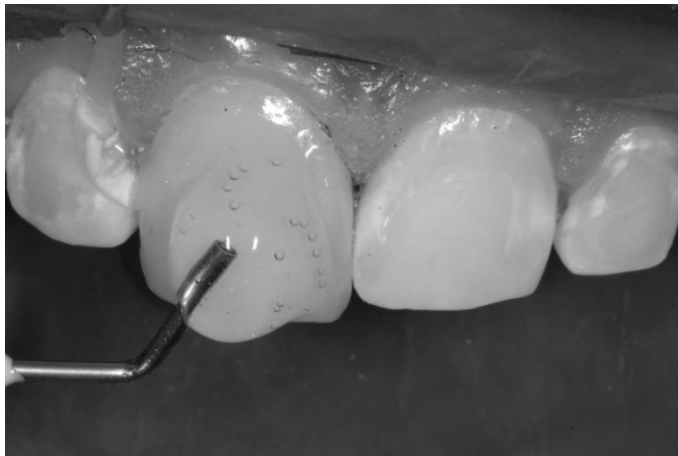


Figura 19 – Aplicação do gel hidrossolúvel.



Figura 20 – Incisivos centrais finalizados.



Figura 21 – Incisivos laterais finalizados.

Após remoção do isolamento foi realizado o acabamento e polimento imediatos, os excessos grosseiros foram removidos com o auxílio de uma lâmina de bisturi n 12 (Feather- Japão) e checagem da oclusão e movimentos excursivos de lateralidade e protusão com o auxílio de carbono Bausch Progress 100 microns (BK – Alemanha).

Foram utilizados os discos Soflex pop-on (3M ESPE - Brasil) nas cores: vermelho, laranja e amarelo melhorando o acabamento e dando início ao polimento. Foi utilizado também o sistema de borrachas Astropol (Ivoclar Vivadent - Liechtenstein) e disco de feltro Flexi Buff (Cosmedent-Alemanha) com auxílio da pasta Enamelize (Cosmedent - Alemanha). (Fig. 22, 23 e 24).



Figura 22 – Recontorno concluído.



Figura 23– Foto do sorriso após finalização.



Figura 24 – Foto do perfil após recontorno.

Discussão

A odontologia e as técnicas empregadas nos tratamentos restauradores evoluíram para acompanhar a exigência estética atual. Compreender as necessidades primordiais do paciente, ouvir suas expectativas e anseios em relação ao tratamento e seu grau de exigência direciona o resultado final do tratamento ao sucesso.¹

Diante de um caso clínico existe a possibilidade de se optar por diferentes técnicas e materiais restauradores. Entre os diversos materiais restauradores as resinas compostas são materiais de uso mais rotineiro na clínica, entretanto para se obter bons

resultados é necessária destreza e maior habilidade do operador. O material restaurador mais indicado será aquele que o profissional está habituado a utilizar e possui domínio e conhecimentos técnicos. Estes fatores serão determinantes na escolha da técnica restauradora e obtenção do sucesso clínico.

Em situações clínicas como a do caso descrito, onde o alinhamento e a posição dental são favoráveis, pode-se finalizar o caso exclusivamente por meio de procedimentos restauradores diretos. A ausência da necessidade de preparo cavitário possibilita a preservação da estrutura dental, sendo este um procedimento de escolha para o tratamento de pacientes jovens com a possibilidade de reversibilidade sem prejuízo da estrutura dental remanescente.⁶ É uma tendência na odontologia atual, em qualquer procedimento, a maior preservação da estrutura dental sadia, devendo-se optar sempre pelo tratamento mais conservador.^{6,3} Por meio do condicionamento ácido e da evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas são possíveis realizar restaurações diretas com excelente retenção e estética de longo prazo.^{6,4}

Apesar da simplicidade, a técnica de restauração direta exige, para se obter um bom resultado, estabelecer um correto diagnóstico e um adequado planejamento.^{11,5} Embasado por conhecimentos científicos e pela habilidade cabe ao profissional definir a indicação quanto ao material restaurador a ser utilizado, pois se pode chegar a um mesmo resultado através de várias técnicas e materiais restauradores diferentes.⁵

A análise estética facial do paciente com o auxílio de fotografias, modelos de estudo em gesso e a atenção às expectativas do paciente são importantes para se obter o sucesso do tratamento.¹¹ A técnica de *mock-up* intra-oral permite ao profissional trabalhar com maior previsibilidade de resultados, diminuindo a margem de erros e repetições. O paciente tem papel importante durante o ensaio restaurador já que poderá expressar sua satisfação e anseios em relação ao tratamento.^{11,10} O *mock-up* pode ser utilizado sempre

que houver possibilidade de acréscimo de material, quando o tamanho e volume dental forem reduzidos. Uma das formas mais utilizadas de *mock-up* é o método onde se realiza previamente o enceramento diagnóstico, a partir do enceramento é confeccionada uma matriz de silicone que é levada em posição na boca preenchida com resina *bys-acryl* que depois de polimerizada fica retida mecanicamente aos dentes naturais. Podem-se realizar modificações neste ensaio a fim de alcançar os objetivos do profissional e do paciente que estarão avaliando o resultado.² Alternativamente o *mock-up* pode ser realizado de forma indireta no laboratório sobre o modelo de gesso, e o profissional irá avaliar o resultado do ensaio após sua confecção. O paciente pode usar este ensaio como uma prótese *overlay* e mostrar também a amigos e a família para a aprovação final.

Em casos onde são necessárias pequenas alterações de forma, pode-se eleger a utilização resinas compostas diretas para a execução do *mock-up*. Esse ensaio intra-oral é realizado a mão livre eliminando a necessidade do enceramento no laboratório, ele será moldado e então confeccionada uma guia em silicone que será utilizada para a realização das restaurações definitivas.¹¹ A transferência das medidas e formatos dentais planejados é realizada seguramente através da guia de silicone. Esta manobra é muito útil durante a realização das restaurações definitivas poupando tempo clínico. Durante a confecção da matriz palatina deve-se ter o cuidado durante o recorte na área das bordas incisais a fim de que o incremento de resina composta ocupe somente a face palatina da restauração sem excessos. O posicionamento correto da guia também deve ser observado atentamente para que não ocorra modificação no posicionamento dos elementos dentais.⁶

O *mock-up* direto com resina composta permite durante o ensaio restaurador visualizar as linhas de referência estéticas, a forma e volume dos lábios, a curvatura do lábio inferior definindo a exposição adequada dos elementos dentais, sendo mais prático e obtendo já um resultado definitivo que quando realizado o enceramento diagnóstico sem a

presença do paciente. Lábios mais volumosos permitem incisivos mais parentes. A inclinação vestibular deve ser suficiente para o fechamento passivo dos lábios, onde em repouso os incisivos centrais superiores devem tocar o vermelhão do lábio inferior. Os incisivos podem ser aumentados na região incisal seguindo a curvatura do lábio inferior sem que o toque durante o sorriso.

Os ajustes oclusais podem ser realizados neste ensaio, auxiliando o profissional quanto às necessidades de modificação no arco antagonista, como ajustes para melhorar o deslize da reabilitação na execução das guias. Sendo esta uma grande vantagem em relação ao *mock-up* com enceramento diagnóstico, que frequentemente necessita de ajustes prolongando o tempo clínico. Este é ainda um procedimento de baixo custo, pois dispensa a necessidade do trabalho em conjunto ao laboratório de prótese, possibilita um menor número de consultas e menor tempo clínico. A possibilidade de o paciente visualizar o resultado final de forma simples e imediata, o tempo de planejamento e execução do trabalho restaurador definitivo são as vantagens desta técnica.⁶

Conclusões

Com base no presente trabalho é possível concluir que a técnica de *mock-up* direto realizada com resina composta é uma alternativa eficaz de diagnóstico e tratamento restaurador estético. Esta técnica é uma ferramenta que melhora a comunicação entre profissional e paciente alcançando resultados mais satisfatórios e diminuindo a margem de erro dos trabalhos. É essencial que o profissional siga um protocolo de trabalho planejado por um correto diagnóstico, sendo de extrema importância a previsibilidade do tratamento através desta técnica.

Abstract

The demand for aesthetic dental treatments has grown, to achieve success are needed beyond the planning case, guided by the patient's facial analysis, also evaluate your personality, your expectations and wishes. The use of techniques that bring predictability to treatment has become frequently used in the dental clinic. The mock -up technique is a tool that helps both the professional on planning and viewing the case as the patient concerning their preferences and expectations. This paper aims to review the literature on the technique, describing the planning, the advantages and indications of direct mock-up in composite resin through a clinical case using the restorative test.

Keywords: Dentistry; Esthetic, Dental; Composite Resins.

Referências

1. Calixto L, Coelho Bandeca M, Ferrarezi DE Andrade M. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. Rev Dental Press Estet. 2011 jul-set;8(4):24-31.
2. Simon H, Magne P. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. J Calif Dent Assoc. 2008 May;36(5):355-62.
3. Higashi C, Gomes JG, Kina S, Andrade O.S, Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores. In: Miyashita E, Mello A.T. Odontologia estética: Planejamento e técnica. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2006. p 139-54.
4. Christensen GJ, Christensen RP. Clinical Observations of porcelain veneers: A three year report. J Esthet Dent. 1991 Sep-Out;3(5):174-9
5. Hirata R, Carniel CZ. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: Uma visão ampla. JBC-J Bras Clin Estét Odontol. 1999 abr-may;3(15):7-17.

6. Boselli G, Pascotto RC. Incisivos laterais conóides: diagnóstico, planejamento e tratamento restaurador direto. Rev Dental Press Estet. 2007 Abr-jun;4(2):89-96.
7. Conceição EN, Leite CV, Costa NP, Costa MA. Dentística: Saúde e estética. Porto Alegre: Ed Artes Médicas;2000.
8. Fradeani M, Barducci G, Conrrado M. Análise estética: Uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Editora Quintessence,2006.
9. Linhares FONN. Análise facial e dento gengival. Traçando um protocolo para determinar o perfil do paciente. (Monografia). Curitiba: ILAPEO – Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino em Odontologia;2012.
10. Marques JLS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres EM, Rocha SS. Reabilitação estética- funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. Rev Odontol Bras Central. 2010; 19(51):356-61.
11. Behle C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone buildup guide and intraoral mock-up. Pract Periodontics Aesthet Dent. 2000 Apr;12(3):259-66.
12. Marus R. Treatment planning and smile design using composite resin. Pract Proced Aesthet Dent. 2006 May;18(4):253-41.

5. Referências

1. Behle C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone buildup guide and intraoral mock-up. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 2000;12(3):259-66.
2. Boselli G, Pascotto RC. Incisivos laterais conóides: diagnóstico, planejamento e tratamento restaurador direto. *Rev Dental Press Estética.* 2007;4(2):89-96.
3. Bucu L, Marques S, Carvalho PF, Romanini JC. Avaliação estética do sorriso do paciente na clínica restauradora. In: Mendes WB, Miyashita E, Oliveira GG. *Reabilitação oral: Previsibilidade e longevidade.* São Paulo: Ed. Napoleão;2011. p 2-19.
4. Calixto L, Coelho Bandeca M, Ferrarezi DE Andrade M. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. *Rev Dental Press Estet.* 2011;8(4):24-31.
5. Christensen GJ, Christensen RP. Clinical Observations of porcelain veneers: A three year report. *J Esthet Dent.* 1991;3(5):174-9
6. Conceição EN, Leite CV, Costa NP, Costa MA. *Dentística: Saúde e estética.* Porto Alegre: Ed Artes Médicas;2000.
7. Fradeani M, Barducci G, Conrado M. *Análise estética: Uma abordagem sistemática para o tratamento protético.* São Paulo: Editora Quintessence;2006.
8. Higashi C, Gomes JG, Kina S, Andrade O.S, Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores. In: Miyashita E, Mello A.T. *Odontologia estética: Planejamento e técnica.* São Paulo: Editora Artes Médicas; 2006. p 139-54.
9. Hirata R, Carniel CZ. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: Uma visão ampla. *JBC-J Bras Clin Estét Odontol.* 1999;3(15):7-17.
10. Linhares FONN. *Análise facial e dento gengival. Traçando um protocolo para determinar o perfil do paciente. (Monografia).* Curitiba: ILAPEO – Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino em Odontologia; 2012.

11. Marques JLS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres EM, Rocha SS. Reabilitação estética- funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. *Rev Odontol Bras Central*. 2010; 19(51):356-361.

12. Marus R. Treatment planning and smile design using composite resin. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2006;18(4):253-41.

13. Simon H, Magne P. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. *J Calif Dent Assoc*. 2008;36(5):355-62.

6. Anexo

Normas para publicação: Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry.

Link: <http://www.revistaclinica.com.br/index.php?lang=pt&tp=01&mod=artigo>