



Rafaella Raposo Silva

**Reabilitação oral estética e funcional por meio de técnicas direta e indireta:
Relato de caso clínico**

Curitiba
2026

Rafaella Raposo Silva

Reabilitação oral estética e funcional por meio de técnicas direta e indireta:
Relato de caso clínico

Monografia apresentada à Faculdade ILAPEO
como parte dos requisitos para obtenção do título de
Especialista em Odontologia, com área de
concentração em Dentística Restauradora.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Karin Tyeme Borges

Curitiba
2026

Rafaella Raposo Silva

Reabilitação oral estética e funcional por meio de técnicas direta e indireta:
Relato de caso clínico

Presidente da Banca Orientador(a): Prof. Dr. Cristian Higashi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristian Higashi
Prof. Dr. Antônio Sakamoto
Prof. Dra. Karin Tyeme

Aprovada em: 18/03/2026

Sumário

1. Artigo científico	5
----------------------------	---

Artigo científico

Artigo de acordo com as normas da Faculdade ILAPEO

Reabilitação oral estética e funcional por meio de técnicas direta e indireta: Relato de caso clínico

Rafaella Raposo Silva¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), Graduação em Odontologia, Belo Horizonte-MG, Brasil; Faculdade ILAPEO, Especializada em Dentística, Curitiba-PR, Brasil.

RESUMO

A reabilitação oral tem como objetivo restabelecer a função mastigatória, a estética, e a harmonia do sorriso, promovendo melhora na qualidade de vida do paciente. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral por meio de técnicas direta e indireta, realizada em paciente do sexo feminino, com queixa estética e funcional. Após anamnese e exame clínico detalhado, foi elaborado um plano de tratamento que contemplou inicialmente adequação do meio bucal, clareamento dental, enceramento diagnóstico, restauração em resina composta, cimentação de peças em cerâmicas sobre dente e sobre implante. O tratamento resultou em melhora significativa da função e da estética, atendendo às expectativas do paciente.

Palavras-chave: Reabilitação oral; Dentística; Estética dental; Relato de caso.

ABSTRACT

Oral rehabilitation aims to restore masticatory function, esthetics, and smile harmony, thereby improving the patient's quality of life. The present study aims to report a clinical case of oral rehabilitation using both direct and indirect techniques in a female patient with esthetic and functional complaints. After anamnesis and detailed clinical examination, a treatment plan was developed, initially including oral environment preparation, dental bleaching, diagnostic wax-up, composite resin restorations, and cementation of ceramic restorations on both tooth and implant. The treatment resulted in significant improvement in both function and esthetics, meeting the patient's expectations.

Keywords: Oral rehabilitation; Dentistry; Dental esthetics; Case report.

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação oral desempenha um papel fundamental na odontologia contemporânea, uma vez que busca restabelecer não apenas a função mastigatória, mas também a estética e o bem-estar do paciente.¹

Com o avanço dos materiais restauradores e das técnicas adesivas, a dentística passou a oferecer tratamentos cada vez mais conservadores e previsíveis. Nesse contexto, o planejamento individualizado e a correta indicação clínica são essenciais para o sucesso do tratamento reabilitador.¹²

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação oral estética e funcional por meio de técnica direta em resina, normalmente escolhida em casos isolados, pequenas correções, refinamento ortodônticos e pacientes pediátricos¹⁰, a qual apresenta como vantagens o menor custo, maior preservação da estrutura dental e facilidade de execução e reparo, entretanto, a longo prazo, pode apresentar limitações como trincas, fraturas e alteração de cor.²

Associadamente, utilizou-se a técnica indireta em cerâmica, mais indicada para reabilitações extensas e pacientes idosos¹⁰, oferece maior previsibilidade, longevidade, resistência e estabilidade de cor, embora apresente como desvantagens o maior custo e a necessidade de preparo dental.³

Durante o relato do caso serão destacados o planejamento, a execução clínica e os resultados obtidos, ressaltando a importância de realizar as indicações corretas para cada situação clínica.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

2.1 Anamnese

Paciente do sexo feminino, com idade de 62 anos, procurou atendimento odontológico relatando como queixa principal: alteração de cor nos dentes anteriores, bordas irregulares e provisório sobre implante (12) instável, soltando com frequência e desarmônico no sorriso, impactando sua vida social e profissional. Durante a anamnese, não foram relatadas alterações sistêmicas relevantes.

2.2 Exame clínico e diagnóstico

Ao exame clínico intraoral, observou-se alteração de cor nos dentes anteriores (maior saturação); desgaste e assimetria das bordas incisais; restaurações insatisfatórias; trespasse vertical (overbite) aumentado e provisórios sobre implantes. (Figura 1,2,3 e 4)

Os exames complementares, incluindo radiografias/fotografias/escaneamento, auxiliaram no diagnóstico e planejamento.



Figura 1 - Aspecto inicial do sorriso: alteração de cor nos dentes anteriores; assimetria das bordas incisais; restaurações insatisfatórias; provisório sobre implante (12,14,15,16,24,25,26)



Figura 2 - Aspecto inicial do sorriso: desgaste e assimetria das bordas incisais; provisório sobre implante (44,45,36)

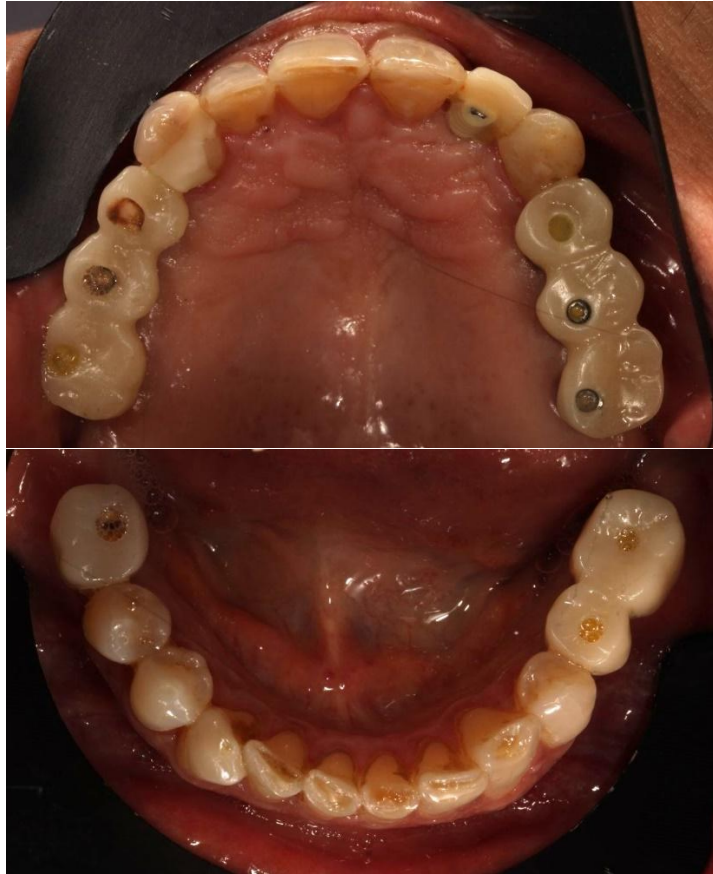


Figura 3 - Aspecto inicial (intra oral)



Figura 4 - Aspecto inicial do sorriso: trespasse vertical (overbite) aumentado

2.3 Planejamento do tratamento

Após análise do caso, foram discutidas com o paciente as possibilidades de tratamento, incluindo uma reabilitação total em cerâmica, como benefício: um resultado mais previsível e mais estável; ou uma reabilitação em resina, como benefício: menor custo, técnica mais prática e conservadora. Optou-se pela realização das duas técnicas:

dentos superiores anteriores em cerâmica (dissilicato de lítio) e inferiores anteriores em resina composta, considerando-se fatores estéticos, funcionais e a preservação da estrutura dental.

Os posteriores são implantes múltiplos, então única opção viável escolhida foi PSI em Zircônia.

2.4 Procedimentos clínicos

O tratamento foi iniciado com uma profilaxia, para adequação do meio e clareamento caseiro para melhora da cor do substrato dental. Mesmo com desgastes incisais, a paciente apresentou pouca sensibilidade e apenas nos últimos dias de uso do gel.

Em seguida foi realizado o planejamento do caso, com fotografias extra e intra orais, escaneamento superior/inferior e registro da oclusão para confecção do enceramento.

O aumento da DVO foi realizado sem o uso do articulador, foi utilizado apenas o escaneamento da oclusão e as fotos enviadas ao laboratório.

Com o enceramento em mãos, foi realizado o mock up em resina bisacrílica Primma Art A1 (FGM, Joinville, Brasil) para aprovação do caso pela paciente, tanto estético, quanto funcional, levando em consideração que houve a necessidade do aumento da DVO. (Figura 5)

Para avaliar a fonética, foi feito também um vídeo da paciente conversando (com o mock up em boca), fornecendo maior previsibilidade ao tratamento.



Figura 5 – Mock up em resina bisacrílica A1

Durante todo o tratamento, a paciente ficou com a oclusão estabilizada na nova posição, através do mock up que foi sendo removido aos poucos, de anterior para posterior.

A execução do tratamento iniciou com a troca das restaurações insatisfatórias do 22 e 23 (Classe III). Em sequência, a técnica direta em resina composta, nos dentes inferiores anteriores (33 ao 43). Com isolamento absoluto, foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico 37% Ultra etch (Ultradent, Products, Inc., South Jordan, UT, EUA), e aplicação do adesivo Single Bond Universal (Solventum, Saint Paul, MN, EUA). Uma guia palatina confeccionada com silicone de condensação laboratorial Zetalabor (Zhermack Spa, Badia Polesine, Itália) foi utilizada para iniciar a anatomia, com a resina Filtek Bulk Fill Flowable (Solventum, Saint Paul, MN, EUA), a resina Estelite Ômega DA1 (Tokuyama, Dental Corp., Tóquio, Japão) na incisal e Estelite Ômega BLL (Tokuyama, Dental Corp., Tóquio, Japão) na vestibular. Finalizando com acabamento e polimento. (Figura 6,7,8)

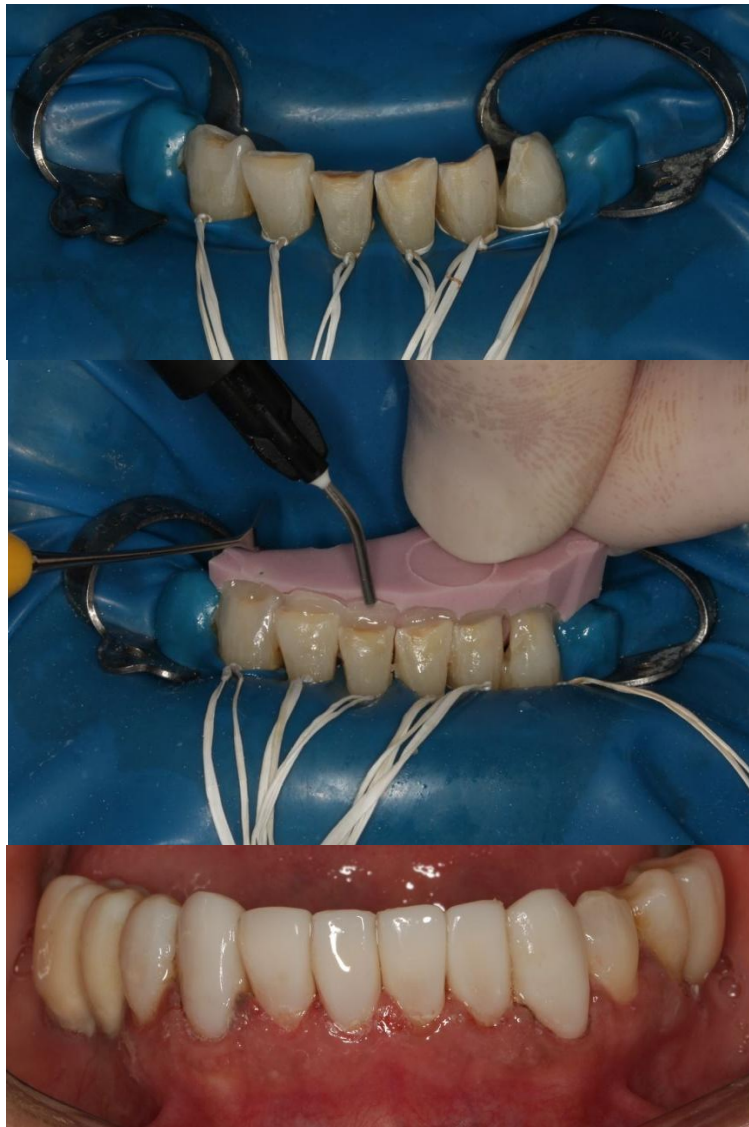


Figura 6,7,8 – Técnica direta em resina composta nos elementos 33 ao 43

O próximo passo foi executar as ‘table tops’ no 34,35 e 44. A técnica escolhida, pela praticidade, foi a do carimbo. Então foi moldado o enceramento com silicone de adição Scan Putty (Ylller, Pelotas, Brasil) e recortado com lâmina 15 de bisturi, as regiões dos pré molares. O espaço foi preenchido com silicone transparente - Elite Transparent (Zhermack, Spa, Badia Polesine, Itália) e para evitar o extravasamento, a guia é envolvida com plástico filme e aguarda o tempo de presa do material (Figura 9 e 10).

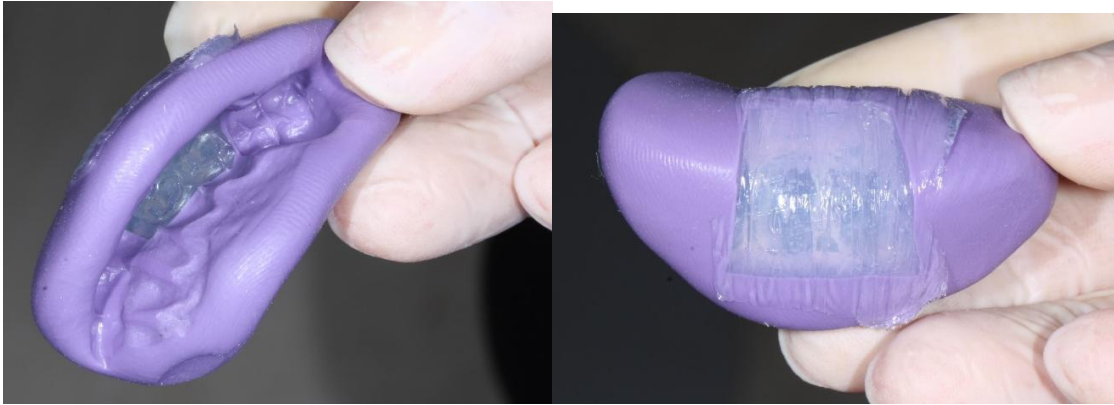


Figura 9 e 10– Técnica do carimbo: guia em silicone de condensação preenchida com silicone transparente

Com isolamento relativo (para facilitar a adaptação da guia em boca) e um controle de saliva adequado, foi feito o condicionamento ácido fosfórico 37% Ultra etch e aplicação do adesivo Single Bond Universal; a guia é colocada em posição e assim, foi realizada a cópia do enceramento em boca, com a resina Gradia Anterior A1 (GC Corp., Tóquio, Japão).

Na consulta seguinte, os dentes 13,11,21,22,23 foram preparados para facetas em cerâmicas, envolvendo apenas as faces vestibular e proximal; como referência foram utilizadas guias em silicone, vestibular e palatina. Devido a cor do substrato foi necessária uma espessura de aproximadamente 1,2mm. Eixo de inserção adequado, com expulsividade (Figura 11).



Figura 11 – Preparo para faceta nos elementos 13 ao 23 e munhão universal (GMN) no 12

Nos dentes 11,21,22,23 o término foi em chanfro (mais delimitado) e no 13, por ele estar mais vestibularizado, foi escolhido o término em lâmina de faca (termina em zero na margem gengival), para um resultado estético mais satisfatório.

O 12 é um implante NGM Click/ Munhão Universal de 6mm.

Foi executada uma moldagem em silicone de adição Express XT (Solventum, Saint Paul, MN, EUA) de passo único, o fio utilizado foi o 00 Ultrapack (Ultradent, Products, Inc., South Jordan, UT, EUA). Para o implante (12) foi utilizado o transfer mini pilar para moldeira fechada e análogo mini pilar cônico (Neodent, Curitiba, Brasil).

Após a moldagem, a paciente foi liberada com o provisório em resina bisacrílica Primma Art A1.

O molde foi enviado ao laboratório e a partir da moldagem foi obtido o modelo de trabalho, que foi utilizado para confecção das cerâmicas. As facetas dos elementos 13,11,21,22,23 e coroa do 12, foram confeccionadas em dissilicato de lítio, IPS e.max, (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), na cor B1 na cervical e BL4 na vestibular. Para a PSI do 12, foi feito um coping em zircônia, com a parte externa feita com dissilicato de lítio (Figura 12).



Figura 12 – Facetas em Dissilicato de Lítio (e.max)

Antes da cimentação, foi testado a adaptação de cada peça, a sequência ideal e a cor do cimento através do try in NX3 (Kerr Corp., Orange, CA, EUA). Todas as peças em

dissilicato de lítio foram preparadas com ácido fluorídrico 5% Condoc (FGM,Joinville, Brasil) durante 20 segundos, ácido fosfórico 37% Ultra etch durante 1 minuto, silano (Kerr Corp., Orange, CA, EUA) durante 1 minuto e adesivo Single Bond Universal sem fotoativar. A parte interna do coping foi jateada com Óxido de Alumínio e a parte externa preparada como citado anteriormente. No dente, ácido fosfórico 37% Ultra etch, 15 segundos, e adesivo Single Bond Universal, sem fotoativação prévia. O cimento utilizado foi o fotopolimerizável NX3 na cor Clear. A cimentação foi realizada com isolamento absoluto modificado. Após instalação das peças, cada uma foi fotoativada por 40 segundos em cada fase. Foram removidos os excessos e feito os ajustes necessários (Figura 13 e 14).



Figura 13 e 14 – Facetas e.max cimentadas (13 ao 23)

Último passo do tratamento foi a troca dos provisórios sobre implantes unitário (36) e múltiplos parafusados, na região do 45,46,14,15,16 – Neodent e 24,25,26 – Straumann (Straumann AG, Basel, Suíça). Após a moldagem com moldeira aberta e com Silicone de Adição Virtual (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), o material foi encaminhado para o laboratório e as PSI foram confeccionadas em Zircônia. Na consulta final, as peças foram

testadas em adaptação e altura oclusal e ambos estavam adequados, então foram parafusadas nos implantes, com torque de 20N. (Figura 15 e 16).



Figura 15 e 16 – Aspecto final pós instalação das PSI

2.5 Resultado final

Ao término do tratamento, observou-se restabelecimento da estética e da função mastigatória. O paciente demonstrou satisfação com o resultado final, apresentando melhora significativa na harmonia do sorriso.

3 DISCUSSÃO

A avaliação detalhada, aliada à definição das expectativas do paciente desde a primeira consulta, representa um dos fatores mais importantes para o sucesso de uma reabilitação protética.⁴

Outro fator determinante é a quantidade e qualidade da estrutura dentária remanescente, as quais influenciam na seleção do tipo de restauração, do preparo dentário e da escolha do material;⁴ deve-se também considerar posição do dente, oclusão, hábitos parafuncionais, hábitos alimentares e condição econômica.¹⁰ Nesse contexto, tanto a técnica direta em resina quanto a indireta em cerâmica, quando corretamente indicadas, são capazes de proporcionar excelentes resultados estéticos e funcionais.⁶

Em curto prazo, ambas as técnicas apresentam desempenho clínico semelhantes. Em períodos de acompanhamento de 2 a 3 anos, a taxa de sucesso das restaurações em cerâmica é 94%, enquanto restaurações em resina 87%.¹⁰ Entretanto, a longo prazo, as restaurações em resina podem apresentar falhas, como manchamentos, fraturas e trincas.⁵ Estudos demonstram que, em um período de acompanhamento de 10 anos, restaurações anteriores, particularmente aderidas em esmalte, apresentaram taxas de sucesso de 99% para as cerâmicas e de 75% para as resinas compostas.^{10,14,15}

Por outro lado, a técnica direta apresenta vantagens como menor custo, execução em sessão única, dependência exclusiva do profissional, tornando o procedimento mais centralizado e diretamente relacionado ao conhecimento e da destreza do mesmo.⁶ Atualmente, os sistemas de resina composta evoluíram significativamente, permitindo elevado mimetismo das estruturas dentárias e resultados estéticos satisfatórios.⁹

As restaurações cerâmicas, por sua vez, apresentam maior longevidade, tanto do ponto de vista funcional, quanto em relação à estabilidade de cor e do material.⁵ Além disso, possuem elevada resistência mecânica e rigidez semelhante ao esmalte dental.⁶

Em dentes pilares que apresentam escurecimento discreto ou moderado, recomenda-se o aumento da espessura do preparo para facetas em cerâmicas, a fim de permitir adequado mascaramento do substrato. Esse preparo deve ser realizado com o auxílio de uma guia de silicone proveniente do enceramento diagnóstico, que fornece

referência da espessura necessária da futura peça e auxilia na preservação máxima da estrutura dental.⁴

O desenho do preparo dentário exerce influência direta na resistência e previsibilidade clínica das facetas cerâmicas. Estudos demonstram que preparos com chanfro palatino associado a cerâmica incisal fina apresentam maior incidência de fraturas.⁷ O preparo do tipo *butt joint*, caracterizado pelo término incisal em topo, sem envolvimento da face palatina, tende a apresentar melhor desempenho clínico, menor risco de fratura e maior longevidade. Tal fato pode ser explicado pela atuação predominante das cargas funcionais e parafuncionais em direção horizontal sobre os incisivos superiores.⁷

Também vale ressaltar a importância de um preparo adequado do término, aliado à capacidade do técnico em confeccionar facetas com espessura e contornos adequados, o que possibilita um correto perfil de emergência e facilita a higienização pelo paciente¹⁰.

Além disso, a relação entre a espessura da cerâmica e do cimento resinoso é considerada determinante para a longevidade das facetas, sendo recomendada uma espessura cerâmica significativamente maior que a do cimento.⁷

A escolha do Dissilicato de Lítio se deve a maior resistência à flexão quando comparado às porcelanas feldspáticas tradicionais ou às cerâmicas vítreas reforçadas por leucita, devido a 70% da fase cristalina desse material vítreo-cerâmico e por ser capaz de mimetizar a estética da estrutura dental.¹³

O tratamento de superfície das peças cerâmicas também tem sua importância, visando uma adesão eficaz. O jateamento com óxido de alumínio, promove rugosidade na superfície, aumentando a área de contato,⁸ enquanto o condicionamento com ácido hidrofluorídrico cria microporosidades na superfície interna da peça.⁸ No substrato dental,

recomenda-se o condicionamento com ácido fosfórico 37% por 15 segundos em dentina, seguido de lavagem, secagem e aplicação do sistema adesivo.⁸

De acordo com Sailer et al. (2023), a ligação química entre cerâmicas à base de sílica e o cimento resinoso é estabelecida por meio da aplicação de um agente de acoplamento, o silano, o qual se liga à sílica presente na matriz vítrea inorgânica e se polimeriza com a matriz orgânica do cimento resinoso.⁴

Para peças cerâmicas com espessura inferior a 1.5mm, como facetas, é possível realizar a polimerização simultânea do adesivo e do cimento resinoso.⁴ Nesse contexto, também se torna viável o uso do cimento resinoso fotopolimerizável, o qual oferece maior tempo de trabalho, e conseqüentemente, maior previsibilidade clínica, garantindo um melhor assentamento da peça, sem risco de desadaptação.¹ Além disso, alguns cimentos quimicamente ativados e duais ainda apresentam a amina como ativador químico, que ao longo do tempo, podem resultar em alteração da cor e manchamento.³

Na técnica direta em resina utilizada nesse caso, nos inferiores anteriores, empregou-se a técnica de colocação guiada, tendo como referência uma matriz de silicone. Essa matriz fornece precisão na confecção e na polimerização da camada palatina, que dará suporte e orientação para desenvolver a anatomia.⁹ O preparo da superfície do substrato, quando há estrutura em esmalte, deve-se iniciar com condicionamento com ácido fosfórico 37%, 30 segundos e 15 segundos em dentina, seguido do adesivo, que nesse caso, foi utilizado o universal, maior praticidade clínica, por já ter o primer na composição, favorecendo a adesão em dentina.¹

A fixação de próteses implantossuportadas pode ser realizada por meio de sistemas cimentados ou parafusados. As cimentadas se assemelham clínica e tecnicamente, ao protocolo das peças sobre dente, então elas são mais fáceis de produzir e manipular em boca, a desvantagem é que em casos que houver alguma complicação, é

difícil removê-las sem danificá-las, e para remoção de excesso de cimento é mais complexo. Já as parafusadas oferecem maior facilidade de inserção, manutenção e recuperabilidade.

4 CONCLUSÃO

Apesar de ambos os materiais apresentarem bom desempenho clínico, diferenças relevantes nas taxas de sucesso estão relacionadas a fatores como a adequada indicação do caso, a experiência do profissional e a adesão do paciente às orientações, evidenciando a necessidade de uma decisão clínica criteriosa que concilie as expectativas do paciente com a segurança do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Mendes, W; Miyashita, E; Oliveira, G. Reabilitação Oral: Previsibilidade e Longevidade. 3 ed. São Paulo: Napoleão 2011
2. Magne, P; Perroud, R; Hodges, JS; Belser, UC. Clinical Performance of Novel-Design Porcelain Veneers for the Recovery of Coronal Volume and Length. *Int J Periodontics Rest Dent.* 2000;20(5):440-57
3. Cardoso, PC; Cardoso, LC; Decurcio, RA; Monteiro LJE. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central.* 2011; 20(52): 88-93
4. Sailer, I; Fehmer, V; Pjetursson, B. Próteses Fixas: Um guia clínico para a seleção de materiais e tecnologia de fabricação. 1 ed. São Paulo: Napoleão, 2023
5. Gonzalez, M; Ritto, F; Lacerda, R; Monnerat, H; Pinto B. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. *Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n.1, p. 43-8, jan/jun 2012.*
6. Higashi, C; Gomes, J. C; Kina, S; De Andrade, O. S; Hirata, R. Planejamento estético em dentes anteriores. In: MIYASHITA, E.; DE MELLO, A. T. (Org.). *Odontologia estética: planejamento e técnica.* São Paulo: Artes Médicas Brasil, 2006. p. 139–154.
7. Castelnuovo, J; Tian, A; Phillips, K; Nicholls, J; Kois, J. Fracture load and mode of failure of ceramic veneers with different preparations. *Journal of Prosthetic Dentistry, v. 83, n. 2, p. 171–180, 2000.*

8. Conceição, E. N; Dentística: saúde e estética. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
9. Magne, P; Belser, U. Odontologia restauradora biomimética: volume 1. São Paulo: Napoleão Editora, 2022
10. Hirata, R; Kina, S; Cubas, R; Bittencourt, J. Esthetic solutions for anterior teeth: resin composites or dental ceramics? Quintessence International, Hanover Park, 2025.
11. Mazzetti, T; Collares, K; Rodolfo, B; Rodolpho, P; Van De Sande, F; Cencia, M. 10-year practice-based evaluation of ceramic and direct composite veneers. Dental Materials, v. 38, p. 898–906, 2022.
12. Adolfi, D; Scopin, O; Vernazza, G; Adolfi, M. Functional and esthetic protocol for oral rehabilitation. Quintessence of Dental Technology, p. 139–161, 2013.
13. Kalavacharla, V. K; Lawson, N. C; Ramp, L. C.; BURGESS, J. O. Influence of etching protocol and silane treatment with a universal adhesive on lithium disilicate bond strength. Operative Dentistry, v. 40, n. 4, p. 372–378, 2015.
14. Smielak, B; Armata, O; Bociong K. Clinical longevity and trend analysis of 801 ultrathin ceramic veneers: A clinical cohort study. J Prosthet Dent, 2024; 131(6):1084-92.
15. Gresnigt, MM; Kalk, W; Ozean M. Randomized clinical trial of indirect resin composite and ceramic veneers: up to 3-year follow-up. J Adhes Dent. 2013; 15(2): 181-90.