

LAMINADOS CERÂMICOS E BRUXISMO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Sergio Carvalho de Lima¹

1. Especialista em Prótese Dentária pela Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

RESUMO

O bruxismo tem sido definido como uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, que inclui o apertamento ou ranger dos dentes em um estado de subconsciência. Mesmo sendo o tecido mais duro do organismo, o esmalte dentário sofre perdas em sua estrutura mineral de forma irreversível. O desgaste dentário anormal pode atingir os demais tecidos dentais, dando origem às alterações periodontais, articulares e posturais. Pacientes portadores desse distúrbio devem passar por uma avaliação rigorosa para classificar o grau de bruxismo, onde será indicado o tratamento adequado. Só após a avaliação detalhada que podemos dizer se é um caso grave em que pode ser contraindicado o uso das facetas de porcelana. O uso de uma placa de bruxismo e um tratamento para proteger tanto os dentes quanto os laminados cerâmicos é indicado na maioria dos pacientes que querem colocar as facetas. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de reabilitação estética do sorriso de um paciente com dentes desgastados pelo bruxismo através da sequência clínica para a confecção de facetas laminadas de porcelana e de placa miorrelaxante.

Palavras-chave: cerâmica, estética, bruxismo, facetas dentárias, reabilitação bucal.

INTRODUÇÃO

Com a valorização crescente da imagem na sociedade e a exposição incessante nos meios de comunicação, o sorriso juntamente com os olhos são as primeiras características observadas em um contato interpessoal¹. Atualmente, um sorriso bonito funciona como um indicador de saúde e sucesso numa sociedade extremamente competitiva².

A estética dental, quesito importante na aparência pessoal, ganhou ênfase na odontologia a partir dos anos 1980. A confecção das facetas de porcelana com o intuito de recobrimento

da face vestibular dos dentes teve início em 1947, a pedido da indústria cinematográfica, sendo denominadas na época de facetas de Hollywood, sendo apenas um procedimento provisório feito quando astros de cinema necessitavam de melhoramento estético. A partir de 1955, quando Buonocore desenvolveu a técnica do condicionamento ácido do esmalte e Bowen, em 1963, desenvolveu as resinas compostas com BisGMA, que novas perspectivas surgiram em relação ao desenvolvimento das facetas laminadas de resina composta e posteriormente de porcelana³.

Com o desenvolvimento dos materiais odontológicos, o cirurgião

dentista possui como opções restauradoras para dentição anterior várias modalidades de tratamento, que vão desde as resinas compostas até as cerâmicas. Com o aumento da demanda por restaurações estéticas, o correto diagnóstico de qual é o material mais indicado para cada caso, muitas vezes é um desafio para o clínico⁴.

Em geral as restaurações de resina composta requerem apenas a remoção do tecido cariado, com pouco ou nenhum tipo de preparo cavitário. Restaurações ou coroas de cerâmica pura já necessitam de uma espessura maior para o alcance da resistência necessária, o que exige um desgaste significativo da estrutura dental. Já para as facetas laminadas cerâmicas tipo “lentes de contato”, a possibilidade de ganho de pequeno volume com a restauração já traz a resistência suficiente em espessuras diminutas, desde que aderidas ao substrato dentário. A faceta consiste no recobrimento da face vestibular do dente por um material restaurador, fortemente unido ao elemento dentário por meio de sistema adesivo e pode ser confeccionada de forma direta (resina composta) ou indireta (cerâmica)⁵.

A indicação da utilização de facetas deverá ser precedida de uma análise do caso clínico. Deve ser constatada a necessidade deste tratamento, pois o bom senso é imprescindível, na medida em que a conservação de estruturas dentárias é um objetivo a ser perseguido⁶.

Primeiramente, deve ser esclarecida a diferença entre cerâmica e porcelana. A cerâmica é o nome do grupo dos materiais e a porcelana é um tipo de cerâmica. Toda porcelana deve ser constituída, principalmente, por feldspato. Com isso, pode-se perceber que toda porcelana é uma cerâmica, mas nem toda cerâmica é uma porcelana, como nos casos de alumina, dissilicato de lítio e zircônia⁷.

Em essência, a execução de uma faceta de porcelana consiste na “substituição” da porção visível do esmalte por uma cerâmica, que é fortemente unida à superfície dental através do emprego de cimentos adesivos resinosos, proporcionando propriedades ópticas, mecânicas e biológicas semelhantes às do esmalte natural³.

A alta confiabilidade dos sistemas adesivos e o pleno conhecimento estrutural e molecular dos materiais odontológicos favorecem os cirurgiões-dentistas de forma a realizar grandes mudanças estéticas e estruturais⁸.

O domínio das técnicas adesivas tornou realidade o uso das cerâmicas na odontologia, uma vez que estas, embora friáveis, quando aderidas aos substratos dentários se comportam mecanicamente como um corpo único, dente/restauração⁹.

Dentre as várias classificações dos materiais cerâmicos, as cerâmicas podem ser classificadas quanto à sensibilidade de superfície como cerâmicas ácido-sensíveis e cerâmicas ácido-resistentes. Sendo os laminados cerâmicos uma modalidade de tratamento que depende do processo de adesão ao substrato dentário para a sua longevidade, as cerâmicas ácido-sensíveis são, desta forma, mais indicadas para tal finalidade¹⁰. Em uma revisão cuidadosa da literatura, concluem que tanto estudos laboratoriais clínicos indicam que os laminados são restaurações duráveis, que resistem às situações clínicas quando corretamente indicadas⁴. Estudos longitudinais mostraram excelentes resultados, incluindo uma baixa prevalência ao deslocamento, micro infiltração, fratura e cárie¹⁰.

Dentre os materiais restauradores estéticos a cerâmica pode ser considerada, atualmente, uma ótima alternativa para reprodução de dentes

naturais. O uso rotineiro de restaurações de cerâmica é um acontecimento recente, apesar de sua longa história e sua utilização promoveu uma nova era na odontologia estética. O emprego clínico da cerâmica consagrou-se por apresentar várias propriedades desejáveis, dentre as quais se destacam: translucidez, fluorescência, estabilidade química, coeficiente de expansão térmica próxima ao da estrutura dentária, compatibilidade biológica, maior resistência à compressão e à abrasão. Porém, o sucesso estético de uma restauração de cerâmica depende de vários fatores como a caracterização da superfície, integridade marginal, forma anatômica e coloração e, clinicamente, a combinação final de cores em relação à dentição natural adjacente continua problemática¹¹.

As porcelanas são materiais friáveis e, como tal, suportam bem as forças compressivas, mas tendem a fraturar sob forças de tração. A busca por restaurações cada vez mais resistentes mecanicamente e opticamente similares às estruturas dentais levou ao desenvolvimento de novos sistemas cerâmicos, com adição de cristais e óxidos de reforço¹². Cabe ressaltar que este tipo de restauração (faceta de porcelana) está indicado para pacientes que não possuam hábitos parafuncionais mecanicamente nocivos aos dentes, como bruxismo ou apertamento exagerado dos dentes. Uma oclusão bem equilibrada é muito importante para a longevidade do tratamento. Por isso torna-se, muitas vezes, necessário um tratamento em conjunto com profissionais especialistas em outras áreas (ortodontia, DTM, ortopedia funcional dos maxilares, etc.)⁹.

O bruxismo noturno é definido como o ato involuntário de apertar ou ranger os dentes durante o sono, o que tem consequências graves para o aparelho estomatognático, incluindo a abrasão dentária. Restaurações estéticas

e funcionais dos dentes desgastados são fundamentais para a reabilitação orofacial. O desenvolvimento de técnicas adesivas permitiu ao clínico novas opções de tratamento para a reabilitação de dentes anteriores desgastados pelo bruxismo¹³.

O fator etiológico tem sido descrito como de natureza multifatorial. Atualmente, sabe-se que existem diversos fatores associados à etiologia, por exemplo, as interferências oclusais, episódios de excitação transitória do sono, um desequilíbrio do receptor D2 estriatal vinculativo, distúrbios de personalidade, fatores psicossociais e estresse psicológico. Várias formas de tratamento ou estratégias foram inicialmente instituídas para pacientes com bruxismo. O recobrimento com coroa total de porcelana, onlay adesiva de ouro, coroa metalocerâmica e prótese parcial fixa são exemplos das possibilidades de tratamento existentes para estes casos¹³.

RELATO DE CASO

Paciente M.C.G.M., 21 anos, gênero feminino, apresentou-se na Clínica do Curso de Especialização em Prótese Dentária do Centro de Pós-graduação de Odontologia (CPO-Recife) insatisfeita com a estética do seu sorriso, destacando o desgaste e espaçamento entre os dentes superiores (figura 1), a seguir.

No exame clínico analisou-se os aspectos faciais, o sorriso, o contorno gengival e as características dentais, evidenciando-se alteração na forma e desgaste acentuado da face incisal.

A paciente já tinha procurado a Clínica de Especialização em Ortodontia do Centro de Pós-graduação de

Odontologia (CPO) e sido encaminhada para fazer o planejamento restaurador protético. Foi discutido com a paciente a necessidade da confecção de placa miorrelaxante devido ao bruxismo

apresentado. Após esclarecimentos e concordância da mesma, foi determinada a reabilitação funcional e estética dos elementos 13, 12, 11, 21, 22 e 23.



Figura 1. Aspecto geral do quadro inicial (frontal, direita e esquerda).

Na primeira consulta foi realizado o ensaio direto na boca da paciente em resina composta com o objetivo de auxiliar no planejamento do tratamento reabilitador e estético e obtenção das guias de oclusão. A partir

desse ensaio se teve uma simulação de como ficaria o trabalho final (figura 2).

Na segunda consulta iniciou-se a confecção dos preparos. No desgaste foi observado o tamanho dos mesmos, para que ficassem com o mesmo tamanho.



Figura 2. Visão frontal e lateral do ensaio de diagnóstico

Os dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 que receberiam os laminados sofreram desgastes, minimamente invasivos entre 0,3 e 0,5mm de espessura, com término em esmalte, nas faces vestibulares, palatinas e oclusais com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen) (figura 3). Esses desgastes tiveram como objetivo evitar o sobrecoturno e possibilitar espessura suficiente de porcelana, permitir margens supra gengivais de aparência natural, com melhor manutenção do laminado e da saúde periodontal a longo prazo.



Figura 3. O aspecto final dos preparos minimamente invasivos.

Na mesma sessão foi realizada a moldagem utilizando fio retrator gengival #0 (Ultrapack – Ultradent), umedecido em solução hemostática (Hemostop - Dentsply Sirona) para evitar o sangramento no momento da execução da moldagem e colocados para proteção do sulco gengival

A técnica de moldagem utilizada foi a de dupla moldagem com um silicone polimerizado por condensação (Optosil Comfort Putty - Heraeus), na primeira moldagem foi utilizada a massa densa. Após a moldagem com a massa densa foi removido o fio (#0) e colocado a massa leve nos dentes e na moldagem e foi realizada a segunda etapa. Após a realização da moldagem, juntamente com a paciente, foi escolhida a cor que seria os laminados cerâmicos (A2 escala Vitapan Classical – VITA). Devido ao pouco desgaste dentário necessário para o tratamento restaurador, não houve necessidade de confecção de provisórios sobre os dentes preparados.

Os laminados cerâmicos foram confeccionados em porcelana de vidro

ceramizado à base de dissilicato de lítio (IPS E-Max Ceram - Ivoclar Vivadent) na cor A2.

Na terceira consulta foram provadas as lentes de contato com pasta de prova (VariolinkTry In - Ivoclar Vivadent). A cor do cimento escolhida juntamente com o paciente para utilizado na cimentação permanente foi a LV-2 (figura 4).



Figura 4. Prova dos laminados cerâmicos.

Na sequência foi realizado o procedimento de fixação dos elementos cerâmicos. As superfícies das restaurações foram condicionadas com ácido fluorídrico na concentração de 10% (Condac Porcelana - FGM) por 20 segundos, após o tempo de tratamento o ácido foi lavado, em seguida as restaurações foram secas e aplicado ácido fosfórico Gel 37% (Maquira), esfregando a região com micro aplicador descartável (Cavibrush - FGM) por 30 segundos. Após lavagem abundante e secagem, foi aplicado silano (Monobond Plus - Ivoclar Vivadent) por um minuto seguido de jato de ar para remoção do excesso de solvente.

Antes de iniciar a etapa de cimentação das facetas laminadas, foi colocado o fio retrator gengival #0 (Ultrapack - Ultradent), umedecido em solução hemostática (Hemostop - Dentsply Sirona) para evitar o sangramento no momento da cimentação. No tratamento dos dentes foi feito o condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 15 segundos após a profilaxia com pedra pomes e taça de

borracha, seguido pela lavagem do mesmo com água abundante. A remoção do excesso de água foi realizada com uma bolinha de algodão hidrófila. A superfície recebeu a aplicação de uma camada de adesivo (Excite - Ivoclar Vivadent), seguido por leve jato de ar e foto ativação por 10 segundos. O cimento utilizado, para cimentação permanente, foi o Variolink II - Ivoclar Vivadent da cor LV-2, que foi escolhido na etapa de teste.

Toda essa etapa foi feita de modo sequenciado, foi cimentado um laminado por vez, enquanto os outros dentes eram protegidos.

O ajuste final da oclusão foi executado em Máxima Intercuspidação Habitual de forma criteriosa, sendo também verificados os movimentos de protrusão e lateralidade.

O aspecto final está evidenciado na figura 5, a seguir, onde se pode observar um resultado funcionalmente e esteticamente satisfatório.

Na quarta consulta foi observada a gengiva adjacente aos preparos e feita a moldagem com alginato (Plastalgin - Septodont) das duas arcadas dentárias para a confecção da placa miorelaxante.

Na quinta consulta foi feita a prova e a adaptação da placa miorelaxante na paciente fazendo os movimentos excursivos da mandíbula (protrusão e lateralidade), fazendo o uso de carbono (Accu film - Parkell) até ficar com a placa devidamente balanceada com pontos de contato equilibrados em regiões anterior e posterior.

DISCUSSÃO

Para se obter sucesso em um procedimento restaurador é preciso levar em consideração a análise estética do sorriso em que devem ser consideradas diversos fatores. Os parâmetros estéticos

para análise do sorriso são medidas padronizadas colhidas a partir de médias de sorrisos naturalmente agradáveis, portanto são medidas bastante flexíveis e que devem ser adaptadas às individualidades de cada paciente¹.

Para a execução das facetas cerâmicas, torna-se fundamental a obediência a um protocolo previsível por

intermédio da realização de procedimentos prévios como fotografias extras e intraorais, exames radiográficos, obtenção de modelos de estudo, mensurações de face e sorriso para determinação das dimensões ideais de largura e comprimento dos dentes⁵.



Figura 5. Aspecto do sorriso após cimentação definitiva.

Para obter o melhor desempenho de resistência de união relacionado com a estética requerida, o profundo planejamento envolvendo estes cinco processos deve ser analisado: Extensão do preparo no substrato dentário (esmalte ou dentina); Sistema adesivo (classificação e indicação); Cimentos resinosos (classificação e indicação); Agente de união silano; e Tratamento da superfície interna da Cerâmica^{14, 15}.

Vários autores descrevem o preparo incisal como uma forma

apropriada para aumentar a resistência mecânica das facetas laminadas contra a fratura incisal¹⁰.

Em virtude da fina espessura dos laminados cerâmicos, a cor do substrato dental pode comprometer o resultado estético final. Devemos ter cuidado quanto a escolha do cimento resinoso para cimentação de facetas cerâmicas, pois alguns cimentos quimicamente ativados e duais apresentam a amina como ativador químico que pode provocar alterações de cor com o passar

do tempo, comprometendo a longevidade do resultado estético⁵.

As facetas laminadas cerâmicas têm sido cada vez mais indicadas para a recuperação funcional e estética dos dentes anteriores comprometidos, em casos de alteração de forma, cor e

posição dentária. Esse tipo de restauração garante satisfação ao paciente e ao profissional, por apresentar características estéticas compatíveis com o esmalte¹².



Figura 6. Resultado após desgastes para adaptação da placa à paciente.

Com o objetivo de solucionar o comportamento frágil das porcelanas, pode-se destacar três formas utilizadas para aumentar a resistência dos materiais cerâmicos: a adição de elementos químicos como fase de reforço (inclusão de óxido de alumínio para atuar como limitador da propagação de trincas e dar uma alta resistência); uso de espinélio de magnésio, além de traços de alumina (o espinélio aumenta a translucidez da infraestrutura e da sua restauração final)⁷; cristais de leucita para aumentar o módulo de ruptura e resistência à compressão e também com alumina e zircônia para uma maior resistência¹¹. Infraestruturas para possibilitar o suporte (em razão da opacidade da alumina, ela só pode ser usada como material para infraestrutura e deve ser posteriormente recoberta por uma porcelana) e novos métodos de processamento (o sistema CAD/CAM com escaneadores para captura de imagens sem contato e em três dimensões, transformam o sistema em um processo preciso e confiável)⁷.

Outras melhorias levaram à introdução de um sistema contendo cristais de dissilicato de lítio, com um aumento significativo da resistência. Essas cerâmicas apresentam uma matriz vítrea na qual os cristais dessa substância ficam dispostos de forma interlaçada, dificultando a propagação da trinca em seu interior¹². Recentemente, tem sido desenvolvido um sistema de dissilicato de lítio prensado com melhores propriedades físicas e translucidez, que passa por um processo de queima diferente.

Este material pode ser usado tanto como coroa monolítica (uma só camada) quanto uma infraestrutura para revestimento com porcelana, em razão da translucidez favorável, da variedade de cores e da sua alta resistência⁷.

Casos isolados de fechamento de diastema podem ser tratados com resinas compostas diretas, mas diastemas múltiplos são melhores resolvidos com facetas de porcelana, o que facilita a obtenção de cor, contorno, perfil de emergência e adaptação cervical¹⁶.

As facetas cerâmicas apresentam como vantagens: pouco preparo do dente, expansão térmica semelhante ao esmalte dental, excelente resultado estético, estabilidade de cor, biocompatibilidade periodontal, resistência ao desgaste, reforço da estrutura dental, retenção de brilho, maior longevidade clínica em relação às feitas em resina³.

Apresentam como desvantagens: custo alto, possibilidade de sensibilidade dentinária se o preparo por mais agressivo, irreversibilidade dos preparos, fratura ou deslocamento da faceta, execução complexa tanto clínica quanto laboratorial³.

Baratieri et al.¹⁷ afirmou que a faceta de porcelana devolve ao dente as características do esmalte, em termos de módulo de elasticidade, resistência a fratura, dureza e expansão térmica, e recupera as propriedades estruturais, ópticas e biomecânicas.

Magne e Belser¹² relataram que vários estudos mostraram acúmulo de placa menor na porcelana em relação ao esmalte e cimento, além de proporcionarem uma melhor redistribuição de luz, resultando em papilas gengivais mais claras. Apontam para o potencial das facetas de reverter as manifestações estéticas no processo de envelhecimento dos dentes¹⁸. No procedimento restaurador proposto, uma cimentação adequada torna-se um fator fundamental para a longevidade do tratamento.

Quando se fala em estética dental, deve-se ter em mente que este conceito é resultado de uma série de fatores, como contorno gengival, cor dos dentes e a naturalidade das restaurações. Em reabilitações, estes aspectos somente poderão ser conseguidos quando há uma abordagem multidisciplinar no planejamento de cada caso¹⁹. O procedimento clínico consiste em criterioso diagnóstico e correto plano de tratamento, incluindo estabilização de qualquer processo de doença ativa (cáries, inflamações no tecido de contorno²⁰).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação estética devolveu um sorriso belo e harmônico, de certa forma elevou a autoestima e a confiança, pois o sucesso alcançado neste tratamento atendeu às expectativas da paciente e dos profissionais envolvidos na solução do caso.

É lícito afirmar que laminados em porcelana representam uma solução estética e funcional de excelência, sendo atualmente considerado o tratamento de eleição quando resultados mais previsíveis são desejados, tendo em vista sua estética, estabilidade de cor e retenção de brilho mais duradouro³.

ABSTRACT

Bruxism has been defined as a parafunctional activity of the stomatognathic system, which includes the squeezing or grinding of the teeth in a state of subconsciousness. Even being the hardest tissue in the body, enamel suffer losses in its mineral structure irreversibly. The abnormal teeth wear can reach the other dental tissues, leading to periodontal, articular and postural changes. Patients with this disorder must pass through a rigorous evaluation to rank the bruxism degree, which indicates the appropriate treatment. Only after a detailed assessment, the case can be evaluated, if serious, the use of porcelain

veneers may be contraindicated. The use of an occlusal splint and the treatment to protect both teeth and ceramic are indicated in most part of the patients who want to use porcelain veneers. The aim of this paper is to present a case of aesthetic rehabilitation of the smile in a patient with teeth worn by bruxism through clinical sequence for veneers and occlusal splint.

Keywords: ceramic, aesthetics, bruxism, dental veneers, mouth rehabilitation.

REFERÊNCIAS

1. Mezzalira MF. Reabilitação Estética com Laminados de Porcelana [Monografia Especialização em Dentística]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
2. Cunha ARFMD. Facetas de Porcelana vs Facetas de Resina Composta. [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
3. Filho PFM, Andrade AK, Rodrigues S, Morais M, Silva CHV. Transformação estética do sorriso – relato de caso clínico. *Int J Dent* 2012; 11(1): 83-87.
4. Andrade OS, Romanini JC. Protocolo para laminados cerâmicos: relato de um caso clínico. *R Dental Press Estét* 2004; 1(1):7-17.
5. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central* 2011; 20(50): 88-93.
6. Mondelli R, Coneglian E, Mondelli J. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Indiretas de Porcelana. *Biodonto* 2003; 1(5): 22-43.
7. Martins LM, Pimentel GHD, Silva LM, Silva Júnior ME. Coroas Unitárias: Que Material Usar? *Pró-Odonto Prótese* 2011; 2(4): 9-48.
8. Leite LM, Cotrin ER, Silva CR, Figueiredo JLG, Zaia WL. Reabilitação Bucal Através da Odontologia Conservadora Moderna: Relatório de Caso. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2014; 35(2):67-70.
9. Francci C et al. Odontologia estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. *Fundect* 2011; 10:8-9.
10. Mazarro JVQ, Zavanelli AC, Pellizzer EP, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2009; 30(1):48-51.
11. Garcia LFR, Consani S, Cruz PC, Pires De Souza FCP. Análise crítica do histórico e desenvolvimento das cerâmicas odontológicas. *Rev Gaúcha Odontol* 2011; 59: 67-73.
12. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. *Odontol Bras Central* 2012; 51(58):538-543.
13. Pinheiro SL, Lopes MF, Pinheiro MH, Carvalho WL, Pinheiro IV. A. Reabilitação estética simplificada em dentes anteriores desgastados pelo bruxismo: relato de caso. *Full Dentistry in Science* 2011; 2(8): 421-427.
14. Coachman C, Calamita M, Schayder A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. *Revista Dicas* 2012; 1(2).
15. Soares PV, Spini PH, Carvalho VF, Souza PG, Gonzaga RC, Tolentino AB, Machado AC. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced by lithium disilicate. *Quintessence Int.* 2014; 45(2):129-33.
16. Fiorini M. Facetas de Porcelana. f 35. [Monografia Especialização em Dentística]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
17. Baratieri LN et al. *Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades*. 4.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2001.
18. Magne P, Belser U. *Restaurações Adesivas de Porcelana na Dentição Anterior - Uma Abordagem Biomimética*. São Paulo: Quintessence Ed., 2003.
19. Okida RC, Rahal V, Okida DSS. A Associação entre Dentística e Periodontia no Tratamento Estético com Lentes de Contato: Relato de Caso. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2015; 36(1): 59-64.

20. Merighi RMB. Tipo de Preparo para Lente de Contato Dentária e Faceta Laminada Indireta. [Monografia Especialização em Prótese Dentária]. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2013.