

REANATOMIZAÇÃO DE DENTES CONÓIDES EM RESINA COMPOSTA

Reanatomization of conoid teeth in composite resin

Nome (s) do (s) autor (es)

Igor de Salles Scola de Carvalho

Matheus Silvano de Abreu

Graduando (a) do Curso de Odontologia do Centro Universitário São Jose.

Orientador

Marcelo Gama de Carvalho

Titulação Acadêmica: Prof. Dr. Em Universidade São José

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as técnicas restauradoras indicadas para a reanatomização de incisivos laterais conóides. Os dentes anteriores têm um papel importante para estética fácil do sorriso. A reconstrução dos incisivos laterais conóides por meio de restaurações diretas em resina composta requer naturalidade, cor, translucidez do dente, anatomia dentária, curvatura da linha do sorriso e harmonia com todos os outros elementos dentários presentes no arco.

Além da estética, deve haver função e principalmente satisfação do paciente com o tratamento escolhido. Em casos de dentes laterais conóides, a redução do tamanho do dente e diastemas associados impacta o convívio social do indivíduo.

A resina composta é o material restaurador mais elegível em diversos países. Para realização da reanatomização de dentes conóides a técnica de escolha é a direta, por se tratar de uma unidade íntegra sem perda de estruturas dentárias significativas, esse material é uma excelente escolha.

Palavras-chave: “reanatomização de dentes conóides”, “facetas em resina composta” e “odontologia”.

ABSTRACT

The objective of the present work is to present, through a literature review, the restorative techniques recommended for the reanatomization of conoid lateral incisors. The front teeth play an important role in the easy aesthetics of your smile. The reconstruction of conoid lateral incisors through direct composite resin restorations requires naturalness, color, translucency of the tooth, dental anatomy, curvature of the smile line and harmony with all other dental elements present in the arch.

In addition to aesthetics, there must be function and, above all, patient satisfaction with the chosen treatment. In cases of conoid lateral teeth, the reduction in the size of the tooth and associated diastemas impacts the individual's social life.

Composite resin is the most eligible restorative material in several countries. To perform the reanatomization of conoid teeth, the technique of choice is direct, as it is a complete unit without loss of significant dental structures, this material is an excellent choice.

Keywords: “Reanatomization of conoid teeth”, “composite resin veneers” and “dentistry”.

1) INTRODUÇÃO:

O conceito estética se origina do grego aisthesis e caracteriza como a habilidade do ser humano de notar a si mesmo e ao mundo inteiro(DUARTE,2001). Já Schimitz, Laurentino e Machado(2010) entendem aisthesis como a palavra que advém originalidade, “inspirar” ou “conduzir” o mundo para o interior.

O sorriso é um dos principais métodos de comunicação social. Causa bem estar e conecta pessoas desviando-as, em certos momentos, de situações de estresse e dificuldades cotidianas. É um fenômeno universal que ultrapassa culturas, idade e grupo étnicos. (MCGHEE e GOLDSTEIN, 1983).

Com o avanço de matérias e técnicas restauradoras, a odontologia moderna é capaz de reestabelecer um sorriso harmônico e personalizado para cada pessoa respeitando seu estilo de vida, personalidade e forma de ver o mundo. A respeito disso cada

vez mais pacientes procuram consultórios odontológicos para resolução de problemas estéticos, seja forma, textura ou cor de seu sorriso .

A presença de dentes conóides presentes no segmento anterior da boca muitas vezes se apresenta como um problema estético para maioria da população que o acometem. Dentes conóides na dentição permanente normal são considerados microfônias isoladas e afetando em sua maioria os incisivos laterais superiores (R.J.A. FIGUEIREDO et al 2008)

A etiologia dessa má formação ainda não é clara mas estudos indicam que a presença de incisivos laterais conóides está associada ao mesmo mecanismo genético causador da agenesia dos incisivos laterais, indicando que o gene defeituoso pode se expressar de diferentes maneiras em dentes distintos.

Há diversos tratamentos para esse caso, em situações com comprometimento radicular deve-se pensar em exodontia, já em casos que não há o comprometimento pode-se recorrer a procedimentos menos invasivos, como a restauração direta em resina composta. As vantagens compreendem maior conservação de estrutura dental e menor custo, além de ser um tratamento reversível, que possibilita o reparo (Vanessa Carla Ruschel et al 2015).

2) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

1. Necessidade de Faceta de Resina Composta em dente conóide

Hoje em dia, cada vez mais as pessoas estão preocupadas com o padrão de beleza, sob influência de uma cultura consumista e pelas redes sociais as quais tem acesso.

Querer ser aceito ou estar dentro dos padrões da sociedade fez com que as facetas de resina composta ficasse em evidência, com os dentes alinhados, brancos, proporções adequadas, etc.

Dentes conóides tem sua forma alterada e apresentam-se em formato de cone, geralmente nos laterais superiores e muitas vezes de ponta afiada que deve ser lixada para não machucar o paciente ou restaurado com resina composta (faceta).

Para reabilitar estética e funcionalmente, é recomendado realizar o procedimento “Facetas em resina composta”. Esse material tem tido grandes avanços na odontologia, incorporando tecnologias como nanopartículas, cura rápida e baixa contração de polimerização, além de obter boa resistência (função), durabilidade e boas propriedades estéticas.

Desta forma, a estética facial e o sorriso equilibrado trazem novamente a autoestima do indivíduo, reafirmando a necessidade de realizar este procedimento, que pode impactar positivamente na vida das pessoas.

E claro, devemos respeitar a anatomia e funcionalidade do dente, para não causarmos futuros problemas como acúmulo de biofilme, gengiva inflamada, que podem ser causados por descuidos do Cirurgião-dentista, como excesso de resina na região cervical, acabamento e polimento incorretos ou insuficientes.

Temos uma grande responsabilidade em nossas mãos, acima de tudo devemos considerar a saúde bucal do paciente, independente de ser um caso estético como esse.

2.Capacitação do Cirurgião-Dentista

A restauração de dentes conóides representa um desafio significativo para os dentistas devido à sua morfologia complexa e características anatômicas peculiares. Dentre as opções de materiais restauradores disponíveis, a resina composta tem se destacado como uma escolha popular devido às suas propriedades estéticas, versatilidade e capacidade de adesão aos tecidos dentários. No entanto, a restauração eficaz de dentes conóides requer habilidades técnicas específicas por parte do dentista, incluindo a aplicação de técnicas avançadas para estabelecer pontos de contato adequados e criar uma barreira palatina eficaz para evitar a contaminação durante o procedimento.

Estabelecimento de Pontos de Contato: O estabelecimento de pontos de contato adequados é essencial para garantir a integridade funcional e estética da restauração em resina composta. Isso requer uma abordagem precisa e cuidadosa para criar uma interproximidade que promova a estabilidade do dente restaurado e a saúde periodontal.

Técnicas como o uso de matriz de Tofflemire, anéis seccionais e cunhas interdentais são comumente empregadas para auxiliar na obtenção de pontos de contato ideais durante o procedimento restaurador, outra técnica eficaz para estabelecimento de ponto de contato em dentes anteriores é a utilização da técnica de “sanduíche de resina composta”. Nessa técnica, uma fina camada de resina composta é aplicada na região interproximal antes da inserção da matriz de isolamento. Em seguida, a resina composta é adicionada e moldada ao redor da matriz para criar o ponto de contato desejado. Esta abordagem permite uma adaptação precisa da resina composta e a formação de um ponto de contato natural e estético.

Barreira Palatina e Matriz BRB: A utilização de uma barreira palatina eficaz é crucial para prevenir a contaminação da restauração durante a aplicação da resina composta em dentes conóides. A matriz BRB (Bioclear Resin-based Barrier) é uma inovação recente que se destaca por sua capacidade de fornecer uma barreira palatina precisa e adaptável, facilitando a aplicação do material restaurador sem interferências indesejadas. Esta matriz é composta por resina composta transparente, permitindo uma visualização clara da área de trabalho e uma adaptação adequada à morfologia do dente conóide, garantindo assim resultados estéticos e funcionais superiores.

3) CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO :

1. Exame clínico e análise do caso

Para que se tenha um diagnóstico preciso, devemos realizar um exame clínico de qualidade. Primeiramente, devemos focar na queixa principal do paciente e, após isso, observar o paciente como um todo, visualizando se há algum outro problema.

É importante manter um diálogo amigável com o paciente, ouvir suas queixas e saber o quanto esse problema afeta a vida pessoal do mesmo, tendo em vista que o elemento dentário em questão é da porção anterior da boca.

Em nosso caso, a realização de faceta em resina composta de um dente incisivo lateral conóide, devemos observar o estado clínico desse elemento, analisar o periodonto do paciente e, de grande importância e de caráter complementar, devemos analisar um exame de imagem, uma vez que devemos obter conhecimento de como está a parte óssea e se há alguma lesão no elemento dentário em questão.

Antes de realizar este procedimento, devemos colocar em questão os seguintes critérios: Urgência, adequação do meio bucal, planejamento periodontal (caso haja necessidade), planejamento ortodôntico (caso haja necessidade). Lembrando que, caso o elemento dentário esteja em uma posição um pouco fora da normalidade, seja ele um pouco mais palatinizado, girovertido, etc., o correto será realizar um tratamento ortodôntico antes para corrigir sua posição, porém, nem sempre é um desejo do paciente esperar esse período de tratamento ortodôntico, preferindo assim, realizar o procedimento restaurador e reparar a sua estética do sorriso.

2. Seleção de cor

A realização de um tratamento restaurador em resina composta, seja de forma direta ou indireta, de caráter natural, é um grande desafio para os cirurgiões-dentistas e para a odontologia restauradora. Devemos levar em consideração os aspectos ópticos e aspectos morfológicos do elemento dentário, o que é de extrema importância conseguir reproduzi-los em seu trabalho estético.

A translucidez, como propriedade importante na realização de trabalhos estéticos dentais, reflete a capacidade de um material permitir a aparência de um fundo subjacente à ele. A espessura do material restaurador influencia nos aspectos ópticos, sendo que quanto menor a espessura dessa resina, maior será sua translucidez.

Devemos observar as seguintes propriedades ópticas: Matiz (cor), croma (saturação), valor (luminosidade), opalescência, fluorescência, além de outros fatores como forma dental, brilho e textura. Uma forma de conseguirmos uma referência para que possamos reproduzir todos esses detalhes, é observar o dente homólogo (o mesmo dente da hemi-arcada oposta), e conseguir detectar tudo o que é importante

para que possamos, de forma natural, restaurar o elemento dentário em questão de forma similar aos outros dentes da boca do paciente.

Um dos métodos para realizar a seleção de cor é pela técnica do botão, onde colocamos pequenas bolinhas de resina na face vestibular do dente homólogo e fotopolimerizamos, e posteriormente pedimos ao paciente para que deslize a língua nas bolinhas de resina para conseguirmos um aspecto natural para compararmos e assim definir a cor desejada.

Assim sendo, devemos colocar a bolinha de resina de dentina no terço cervical do dente (por possuir uma quantidade maior de dentina e uma menor quantidade de esmalte nesse terço); a resina de esmalte cromático deve ser colocada no terço médio do dente; e a resina de esmalte acromático /efeito deve ser colocada no terço incisal, caso queira uma borda mais translúcida.

Para que possamos confirmar as nossas escolhas após esse teste, podemos utilizar da tecnologia para complementar essa decisão. Tira-se uma foto do dente com as resinas, colocamos um efeito monocromático nessa foto e dessa forma poderemos observar se o valor (luminosidade) das resinas se assemelha ao valor do dente natural, e dessa forma conseguimos obter uma seleção de cor mais assertiva.

A escolha do material restaurador deve, portanto, se basear nas propriedades ópticas para que a estética da faceta seja alcançada por meio da escolha correta da cor e translucidez, simulando as características dentais.

3. Condicionamento do dente

3.1 Condicionamento ácido

O condicionamento ácido do esmalte e dentina tem a finalidade de remover, por reação química, os detritos existente na superfície do esmalte e dentina no interior da cavidade e criar microporos como consequência da desmineralização dessas superfícies que futuramente funcionarão como microretenções para a resina.

Buonocore verificou que a composição do esmalte mais superficial pode ser totalmente diferente do esmalte que está em uma camada mais profunda. Neste caso, a

camada externa seria imprópria para aderência, havendo a necessidade de um condicionamento de esmalte com uma solução ácida.

Alguns fatores que podem prejudicar este condicionamento devem ser observados, tais como existência de biofilme, camada orgânica pigmentada e fluoretos. Quando aplicada a solução ácida sobre a superfície dentária sem uma limpeza prévia destes fatores, o resultado pode não ser o esperado, os microporos não serão abertos ou, caso ocorra, será incompleto. A profilaxia do esmalte possibilita a remoção do biofilme e o debridamento dos plugs orgânicos que preenchem as fissuras e as superfícies lisas, sendo um dos fatores decisivos para alterar o ângulo de contato entre o material resinoso e a superfície do esmalte, o que facilita o escoamento do ácido e aumenta a penetração do material resinoso.

O condicionamento ácido da superfície do esmalte cria microporos intraprismáticos e interprismáticos, o que permite uma união forte e segura entre a superfície tratada e o material resinoso.

O tempo de aplicação do ácido fosfórico 37% (que é o mais utilizado para realizar o tratamento de facetas) em esmalte é estimado em torno de 30 segundos e apenas 15 segundos caso seja usado em dentina. Esse tempo deve ser respeitado, uma vez que o ácido fique em contato com a estrutura dental por muito tempo, poderá gerar sensibilidade no paciente e comprometer a saúde do elemento dentário.

3.2 Sistema adesivo

A literatura aponta para o fato de que uma zona de dentina desmineralizada, após o condicionamento ácido relatado acima, com exposição de fibras colágenas, se não for coberta por adesivo se torna susceptível à degradação hidrolítica, que é a quebra de ligações químicas pelo ataque da água, em longo prazo, levando à redução da resistência de união.

A relação entre os polímeros, provenientes do sistema adesivo, com o colágeno dentinário, cria a camada híbrida, que é o mecanismo de adesão em dentina. Em nosso caso, a faceta em elemento conóide tem, apenas, condicionamento em esmalte, uma

vez que sua dentina não está exposta e não haverá preparo mecânico para expô-la, além de não haver necessidade.

Para que haja um íntimo contato entre o adesivo e o substrato dental, são necessários fatores essenciais, nos quais atuam para fornecer uma boa união micromecânica do sistema adesivo ao dente. São eles a propriedade de molhamento do adesivo, bem como a sua viscosidade e além da rugosidade superficial do substrato dentário.

Então, é aplicado o adesivo, que tem como função principal a formação do TAG de resina, que compõe a camada híbrida, preenchendo os espaços interfibrilares da rede colágena e criando prolongamentos de resina para promover a retenção micromecânica.

Adesivos Autocondicionantes de um passo (primer + adesivo em único frasco) podem ser utilizados no esmalte, mas ainda assim será necessário um condicionamento ácido seletivo em esmalte, já que seu primer ácido não é muito eficiente em esmalte, por ser mais mineralizado em relação à dentina. Já os de dois passos (primer e adesivo em frascos distintos), é necessário o condicionamento ácido previamente em esmalte e utilização apenas do adesivo, não sendo necessário a utilização do primer em esmalte por agir nas fibras colágenas em dentina.

De forma resumida, sempre será necessário o condicionamento ácido em esmalte, independente da sua escolha do sistema adesivo, por ser a camada mais mineralizada do dente.

A técnica utilizada é a aplicação do adesivo no esmalte com microbrush em dente seco, buscando sempre fazer movimentos na superfície para remover possíveis bolhas e evaporação dos solventes. Leve jato de ar para remover excessos e repetir novamente este procedimento. Após isso, com uma camada fina e brilhosa na superfície de esmalte, foto ativamos por cerca de 20 segundos, e estaremos prontos para iniciar a etapa com a resina composta.

4. Barreira palatina

Para a reconstrução de dentes anteriores com fraturas ou restaurações envolvendo ângulo incisal, a dentística restauradora utiliza a técnica de restauração usando a muralha de silicóna, que oferece a cópia ideal da estrutura palatina, utilizando silicone de condensação. Esta técnica tem se consolidado entre os profissionais da área, pois permite recuperar a estética de forma rápida, conservadora e com custos reduzidos para o paciente.

Nesse caso do incisivo lateral conóide, não teremos uma referência desse elemento dentário, por não obter um formato natural, podendo-se utilizar uma técnica chamada Matriz BRB (Bertholdo/Ricci/Barrotte).

Essa técnica consiste em utilizar a pasta pesada do silicone de condensação e moldar a palatina dos elementos dentários envolvidos. Em nosso caso, na cópia da palatina do incisivo conóide, podemos realizar desgastes no silicone com auxílio de brocas, bisturis, etc., à fim de tornar essa barreira palatina uma referência do resultado que iremos buscar, dando o formato palatino necessário para realizar a faceta em resina composta.

Feito isso, levaremos a barreira palatina à posição correta na boca do paciente, e de forma precisa, confeccionaremos a concha palatina no dente em questão, para darmos prosseguimento ao processo restaurador.

5. Estratificação

Para falarmos de estratificação, deve-se estudar as principais características dos dentes naturais para que sejam reproduzidos durante a restauração.

-Cor e translucidez

Matiz ou tonalidade refere-se à cor específica que um objeto reflete ou transmite, como azul, vermelho ou verde.

-Saturação ou croma

Indicam a concentração ou intensidade do matiz. Por exemplo, mesmo diluindo um vinho tinto em água, ele permanece vermelho, porém com uma saturação menor.

-Brilho ou valor

Refere-se à luminosidade relativa da cor e pode ser categorizado como claro ou escuro. Representa a quantidade de cinza presente em uma cor.

- Integração e função de cada elemento

A dentina é responsável por conferir a cor do dente, deve apresentar uma só cor e translucidez , disponível em diversos tipos de saturação para cada caso clínico, já o esmalte precisa apresentar diversos níveis de translucidez , opalescência e fluorescência para copiar dentes de diversas idades, e efeitos . (CORREA; 2005)

Técnicas de estratificação .

1.Estratificação de duas camadas.

Esta técnica envolve a aplicação de materiais restauradores em duas camadas distintas para criar um efeito de profundidade e realismo. Geralmente, uma camada de base é aplicada e, em seguida, uma camada superficial é adicionada para imitar a translucidez e os matizes naturais dos dentes.

2. Estratificação de três camadas.

Similar à estratificação de duas camadas, essa técnica adiciona uma terceira camada intermediária entre as duas principais. Cada camada recebe materiais restauradores com cores e translucidez específicas, permitindo a criação de uma aparência mais complexa e tridimensional nos dentes restaurados.

3. Natural Layering Concept

Este conceito visa imitar a estrutura natural dos dentes, incluindo suas variações de cor, opacidade e translucidez. Envolve a aplicação cuidadosa de materiais restauradores em camadas estratégicas para reproduzir com precisão os efeitos de luz e sombra nos dentes naturais. (Patel, N., & Smith, R. (2019) (Martins, L., 2022)

A estratificação é feita a partir do uso de uma barreira palatina previamente confeccionada, sobre ela uma resina acromática que confira uma boa resistência, uma vez que será a camada que resistirá a impactos mastigatórios, comumente são utilizadas resinas micro híbridas (forma incisal/ trans ou trans da impress direct). Após essa etapa devemos ver o formato inicial do dente que virá a ser restaurado, além de uma rampa de desoclusão que é de suma importância para que não haja fratura na resina.

Camada de dentina deve ter uma espessura capaz de conferir a cor e a opacidade desejada, é nessa etapa que devem ser feitos os marmelos e os efeitos incisais que irão conferir uma naturalidade ao trabalho, após serem feitos, ao depender da idade do paciente e dos efeitos incisais desejados pode ser usados pigmentos brancos, azuis para apresentar jovialidade, profundidade ou confeccionar o halo opaco.

O incremento da resina de esmalte é o último, nessa etapa deve ser estratificado toda anatomia dentária, planos dentários, sulcos de desenvolvimento, área de sombra e espelho. Essa resina será responsável por conferir o brilho e a noção de profundidade para a restauração, por esse motivo os materiais de escolha devem ser resinas nano híbridas que devido a suas características microscópicas irão atender aos objetivos. (Correia, A., 2005) (Hirata, R., 2001)

6. Acabamento e polimento

As últimas etapas do trabalho restaurador, nesse ponto deve-se começar removendo os excessos cervicais que podem vir a trazer um problema periodontal ao paciente então é utilizado lâminas de bisturi ou brocas multilaminadas.

A anatomia primária é feita com discos de lixa de alta granulosidade para corrigir as alturas incisais e a espessura do dente, conferindo os três terços da face vestibular, sequencialmente com tiras de lixas abrasivas a confecção das ameixas dentais, é fundamental também que seja demarcado as áreas de espelho e sombra com o auxílio de um grafite colorido para que sejam corrigidos com os discos de lixa .

Por final da etapa de acabamento é feito a texturização , onde são utilizados brocas multilaminadas, 30l ou 48l ou até brocas diamantadas FF, no terço cervical para demarcar os sulcos de desenvolvimento e trazer um aspecto mais realista ao dente.

O polimento devemos fazer com borrachas abrasivas ou discos de espirais jiffy de média e baixa granulosidade, esse passo deve ser feito em baixa rotação para que não haja desgaste indevido da resina e em abundante umidade para que a resina alcance seu maior nível de brilho e polimento, isso é importante não apenas para a beleza estética da restauração mas também para dificultar a adesão de biofilme.(Santin,D,. Clinical and Laboratorial Research in Dentistry, 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na pesquisa realizada sobre o tema "Facetas em resina composta em dentes conoides", é possível concluir que os objetivos propostos foram plenamente alcançados. O trabalho demonstrou, com base em evidências científicas, a necessidade, capacidade e importância da utilização de resina composta no tratamento de dentes conoides. Este estudo evidenciou que a resina composta é um material de alta qualidade e versátil, capaz de solucionar uma variedade de casos clínicos de maneira minimamente invasiva.

Os objetivos iniciais foram mantidos ao longo do estudo e foram atingidos por meio de uma pesquisa detalhada em livros e artigos científicos. A metodologia adotada permitiu uma análise aprofundada e crítica das propriedades do material, evidenciando

sua eficácia e durabilidade quando utilizado em facetas para dentes conóides. Através de uma revisão sistemática da literatura, foram confirmadas todas as hipóteses relativas à qualidade e durabilidade das resinas compostas em boca.

Os resultados obtidos destacam que a resina composta não apenas atende às expectativas estéticas dos pacientes, mas também proporciona uma solução funcional e duradoura, reforçando sua importância no campo da odontologia restauradora. A versatilidade deste material permite sua aplicação em diversos casos clínicos, oferecendo uma alternativa eficaz e conservadora em relação aos métodos tradicionais de tratamento.

Durante a pesquisa, foram identificadas algumas limitações relacionadas à longevidade das restaurações, influenciada por fatores como a técnica de aplicação e a manutenção realizada pelo paciente. Essas limitações apontam para a necessidade de um treinamento contínuo dos profissionais e uma educação adequada dos pacientes sobre os cuidados pós-tratamento.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se a continuidade da pesquisa em áreas correlatas, como a comparação de resinas compostas com outros materiais restauradores, e a investigação de novos métodos para melhorar ainda mais a adesão e a resistência das facetas de resina composta. Além disso, é pertinente explorar o impacto psicológico e a satisfação dos pacientes tratados com este tipo de intervenção, o que pode fornecer uma visão mais abrangente sobre os benefícios do uso de resina composta.

Em conclusão, este trabalho reafirma a relevância da resina composta como uma solução viável e eficaz para o tratamento de dentes conóides, contribuindo significativamente para a prática odontológica moderna. A pesquisa confirmou que os objetivos traçados foram alcançados e que as fontes consultadas responderam positivamente às necessidades de fundamentação dos argumentos apresentados, validando os procedimentos utilizados. Sugere-se, portanto, a continuidade dos

estudos nesta área, visando sempre o aprimoramento das técnicas e a melhor satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Figueiredo, R. J. A., Andrade, A. K. M., Duarte, R. M., & Medeiros e Silva, F. D. S. C. (2008). Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides. *RGO*, 56(3), 333-336.

Lobato, M. F., Sbardelotto, C., Isaac, S. Z., & Hilger, L. A. (2019). Reanatomização de dente conóide com resina composta por meio de técnica de aplicação simplificada. *Revista Naval de Odontologia*, 46(1).

Fernandes, D. I. (2023). REATOMIZAÇÃO DE DENTES CONOIDES POR MEIO DA RESINA COMPOSTA: REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Saúde Dos Vales*, 7(1).

Ruschel, V. C., Shibata, S., Gré, C. P., Stolf, S. C., & Monteiro Júnior, S. (2016). Compósitos em Incisivos Laterais Conoides: Ciência e Arte. *Clínica-International Journal Of Brazilian Dentistry, Florianópolis*, 12(1), 42-49.

Rocha, C. K., Teixeira, P. R., & Breda, P. L. (2021). Importância da estética do sorriso na autoestima/Importance of smile aesthetics in self-esteem. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 25867-25876.

da Rocha Tunes, U. (2017). Dentística e Odontologia Clínica Estética. *Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only)*, 8.

de Campos, P. R. B., Amaral, D., da Silva, M. A. C., Barreto, S. C., Pereira, G. D. D. S., & do Prado, M. (2015). Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 20(2).

Vargas S, et al. (2019). Bioclear resin-based barrier: clinical case report. *The Journal of the American Dental Association*, 150(11), 978-982.

Sarrett D. (2005). Clinical challenges and the relevance of materials testing for posterior composite restorations. *Dental Materials*, 21(1), 9-20.

Pérez MM, et al. (2013). Influence of cavity preparation design on microleakage of Class II resin-based composite restorations: a systematic review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 25(6), 403-414.

Rajakumar, K., & Vijayalakshmi, D. (2014). An innovative technique for establishing proximal contacts in direct composite restorations: A case report. *Journal of conservative dentistry : JCD*, 17(6), 584–586.

Correia, A., Oliveira, M. A., & Silva, M. J. (2005). Conceitos de estratificação nas restaurações de dentes anteriores com resinas compostas. *Rev Portug Estomatol*, 46(3), 171-8.

Martins, L. M., de Souza Pereira, L., Milhomem, C. N. R., & Yamasita, R. K. (2022). Revisão de literatura das técnicas de estratificação com resina composta em dentes anteriores. *Research, Society and Development*, 11(15), e06111536712-e06111536712.

Hirata R, Ampessan RL, Liu J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. *JBC - Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia* 2001; 5(25): 15-25.

Baratieri LN, Araujo E, Monteiro S Jr. Color in natural teeth and direct resin composite restorations: essential aspects. *Eur J Esthet Dent*. 2007; 2(2): 172-86. PubMed PMID: 19655564.

OLIVEIRA, I. P. ESTABILIDADE DE COR E TRANSLUCIDEZ DE FACETAS DIRETAS DE RESINA COMPOSTA—ESTUDO LABORATORIAL.

Nagem Filho, H., Nagem, H. D., Dias, A. R., & Fiuza, C. T. (2000). Efeito do condicionamento ácido na morfologia do esmalte. *Rev. FOB*, 8(1/2), 79-85.

Donassollo, T. A., Lima, F. G., Rodrigues Júnior, S. A., Souza, F. H. C. D., & Demarco, F. F. (2010). Adesão aos substratos dentários e seus principais aspectos uma revisão da literatura.