

Técnica Aditiva como Possibilidade Restauradora para Transformação de Sorriso com Resina Composta: Relato de Caso

Additive Technique as Restorative Possibility for Smile Transformation with Composite Resin: a Case Report
Técnica Aditiva como Posibilidad Restauradora de Transformación de Sonrisa con Resina Compuesta: Reporte de Caso

Alícia Alves **CASTANHA**

Graduação em Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3618-9186>

Rita Izabella **FREIRE**

Graduação em Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6680-3728>

Josimary Vieira **MELO**

Graduação em Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4397-6364>

Lorrany Raicy **COSTA**

Doutora em Clínicas Odontológicas, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas;
Mestre em Clínicas Odontológicas, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas
Docente, Curso de Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6981-3523>

Ludmilla Regina de **SOUZA**

Doutora em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (UNB), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – (Unimontes), Docente, Curso de Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0802-9575>

Danilo Cangussu **MENDES**

Doutor em Ciências da Saúde Docente pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES,
Docente, Curso de Odontologia, Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) 39401-303 Montes Claros - MG, Brasil

Resumo

Os procedimentos estéticos ganham cada vez mais espaço na rotina clínica dos consultórios odontológicos, diante da grande demanda de transformações de sorriso requerida pelos pacientes. Este trabalho tem como finalidade descrever os passos operatórios para a realização de uma transformação de sorriso realizada com resina composta sem desgaste dentário em um ambiente clínico acadêmico em uma faculdade de Odontologia no norte do estado de Minas Gerais. Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, compareceu à Clínica Escola queixando insatisfação estética do seu sorriso. Na avaliação clínica odontológica foram observados diastemas múltiplos nos dentes anteriores superiores e lesões de mancha branca provocadas por fluorose. Diante das queixas relatadas pelo paciente, foi proposta a seguinte sequência de tratamento: 1. Microabrasão do esmalte na arcada superior; 2. Clareamento dentário; 3. Confecção de facetas somente aditivas nos dentes 11 e 21 e reanatomização por acréscimo em resina composta nas proximais dos incisivos laterais e mesial dos caninos. As restaurações aditivas realizadas com resina composta com o auxílio da técnica de mock-up e muralha de silicone são consideradas ferramentas facilitadoras para o procedimento estético dos dentes anteriores. O uso de resinas compostas, foi capaz de proporcionar um melhor contorno aos dentes, fechando os diastemas presentes, resultando em um sorriso mais estético e agradável.

Descriptores: Resinas Compostas; Diastema; Microabrasão do Esmalte

Abstract

Aesthetic procedures are becoming more popular in the clinical routine of dental offices, given the great demand for modifications in the smile by patients. This work aimed to describe the operative steps to carry out a smile transformation performed with composite resin by no preparation technique in an academic clinical setting at a Dentistry College in the north of the Minas Gerais state, Brazil. An 18-year-old male patient attended the School Clinic complaining of aesthetic dissatisfaction with his smile. In the clinical dental evaluation, multiple diastemas in the upper anterior and white spot lesions caused by fluorosis were observed. Based on the complaints reported by the patient, the following treatment sequence was proposed: 1. Enamel microabrasion in the upper arch; 2. Tooth whitening; 3. Confection of only additive veneers on teeth 11 and 21 and reanatomization by addition of composite resin in the proximal face of lateral incisors and mesial of the canines. Additive restorations performed with composite resin using the mock-up technique and silicone index are facilitating tools for the esthetic procedure of anterior teeth. The use of composite resins was able to provide a better contour to the teeth, closing the present diastemas, available in a more aesthetic smile.

Descriptors: Composite Resins; Diastema; Enamel Microabrasion.

Resumen

Los procedimientos estéticos están ganando cada vez más espacio en la rutina clínica de los consultorios odontológicos, dada la gran demanda de transformaciones de sonrisa que requieren los pacientes. Este trabajo tiene como objetivo describir los pasos operativos para realizar una transformación de sonrisa realizada con resina compuesta sin desgaste dental en un ambiente clínico académico en una escuela de odontología en el norte del estado de Minas Gerais. Un paciente masculino de 18 años de edad acudió a la Clínica Escuela quejándose de insatisfacción estética con su sonrisa. En la evaluación clínica dental se observaron múltiples diastemas en los dientes anteriores maxilares y lesiones de manchas blancas por fluorosis. Ante las quejas referidas por la paciente, se propuso la siguiente secuencia de tratamiento: 1. Microabrasión de esmalte en arcada superior; 2. Blanqueamiento de dientes; 3. Fabricación de carillas solo aditivas en los dientes 11 y 21 y reanatomización agregando resina compuesta en la parte proximal de los incisivos laterales y mesial de los caninos. Las restauraciones aditivas realizadas con resina compuesta con la ayuda de la técnica de mock-up y pared de silicona se consideran herramientas facilitadoras para el procedimiento estético de los dientes anteriores. El uso de resinas compuestas logró brindar un mejor contorno a los dientes, cerrando el diastema presente, dando como resultado una sonrisa más estética y agradable.

Descriptores: Resinas Compuestas; Diastema; Microabrasión del Esmalte.

INTRODUÇÃO

A procura por uma aparência facial e dentária atraente tem aumentado cada vez mais nos últimos anos. Os pacientes buscam por uma

dentição mais harmônica e altamente estética, focada principalmente nos dentes anteriores superiores e inferiores¹. As restaurações estéticas e o desejo cada vez maior de preservar a estrutura

dentária remanescente estão levando os dentistas a ampliarem as indicações clínicas para restaurações diretas com resina composta³.

Há mais de 50 anos, os compósitos dentais evoluíram significativamente desde sua introdução na odontologia, sendo considerados materiais extremamente versáteis e de grande aplicabilidade. Os materiais resinosos são usados para uma variedade de situações clínicas, incluindo preenchimento de cavidades, selantes de fossas e fissuras, núcleos de preenchimento, inlays, onlays, overlays, restaurações provisórias e agente cimentante. É provável que o uso desses materiais continue crescendo tanto em frequência quanto em aplicação devido justamente à essa sua versatilidade³.

A rapidez com que os materiais tem evoluído sugere um estado da arte em constante mudança³. Uma importante modificação nas resinas compostas contemporâneas foi em relação às partículas de carga, que passaram a ser cada vez menores para produzir materiais que apresentem um excelente polimento e que demonstrem maior resistência ao desgaste³. É importante mencionar também, especialmente nas últimas duas décadas, que a ampliação da utilização de resinas compostas para procedimentos restauradores estéticos só foi possível devido ao aprimoramento dos sistemas adesivos e dos aparelhos fotoativadores⁴, sendo esses fatores importantes quando se pensa em técnicas mais conservadoras, confiáveis e longevas^{2,5}.

Entre os procedimentos adesivos realizados em resina composta, pode-se destacar as reanatomizações e a confecção de facetas diretas para transformação de sorrisos. Essas técnicas são consideradas mais rápidas, baratas e fáceis de reparar em comparação com laminados de cerâmica, sendo que ambas fornecem resultados estéticos aceitáveis a longo prazo^{4,6}. Assim, a conclusão do tratamento odontológico na região anterior em uma única consulta e sem o envolvimento da etapa laboratorial acabam por atrair muitos profissionais e pacientes para a escolha desta técnica². As restaurações diretas em resina composta estão sendo utilizadas na odontologia de forma minimamente invasiva em dentes anteriores principalmente para o tratamento restaurador de adolescentes e adultos jovens com superfícies de esmalte intactas, sendo possível em algumas situações a realização do procedimento sem nenhum tipo de desgaste da estrutura dentária¹.

Dessa maneira, este trabalho tem como finalidade descrever os passos operatórios para a realização de uma transformação de sorriso com resina composta sem desgaste dentário em ambiente clínico acadêmico em uma faculdade de Odontologia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, compareceu à Clínica Escola de uma Faculdade de Odontologia queixando insatisfação estética do seu sorriso. Na avaliação clínica odontológica foram observados diastemas múltiplos nos dentes anteriores superiores (figura 1a-c) e lesões de mancha branca provocadas por fluorose (grau leve do índice de Dean- opacidade branca do esmalte recobrindo menos de 50% da superfície dentária) (figura 1d). Além disso, o paciente queixava também do pequeno tamanho dos seus dentes. Diante das queixas relatadas pelo paciente, foi proposta a seguinte sequência de tratamento: 1. Microabrasão do esmalte na arcada superior; 2. Clareamento dentário; 3. Confecção de facetas somente aditivas nos dentes 11 e 21 e reanatomização por acréscimo em resina composta nas proximais dos incisivos laterais e mesial dos caninos.



Figura 1: a. Aspecto inicial do sorriso da paciente; b. Vista lateral direita; c. Vista lateraesquerda; d. Manchas de fluorose.

Segundo o planejamento proposto, inicialmente foi realizada a microabrasão dos dentes superiores. Foi realizado isolamento absoluto do campo operatório do dente 16 ao 26. O produto utilizado foi uma mistura de pedra pomes e ácido fosfórico a 37%, aplicado com taça de borracha em baixa rotação com velocidade reduzida (figura 2a). Foram realizadas 5 aplicações por sessão em cada um dos dentes, sendo que foram necessárias 2 sessões de microabrasão. Sempre ao final das sessões os dentes apresentavam-se desmineralizados e desidratados (figura 2b), por isso era realizado o polimento com feltro e pasta diamantada (figura 2c) com posterior aplicação de agente remineralizante (Flúor gel neutro) (figura 2d). Após 1 semana do término da microabrasão foi iniciado o clareamento. Optou-se

por realizar a técnica combinada (clareamento de consultório + caseiro), sendo utilizado na sessão de consultório o produto (Whiteness HP Maxx, FGM) (figura 3a-b). Nesta mesma sessão o paciente foi moldado e foi confeccionada moldeira de silicone para o clareamento caseiro (figura 3c). O protocolo clareador foi seguido utilizando-se peróxido de carbamida a 10% (Whiteness Perfect 10%, FGM), 2 horas ao dia durante um período de 20 dias (figura 3d). Após o tratamento clareador, aguardou-se 14 dias para a terceira etapa do planejamento que foi a confecção das restaurações em resina composta.

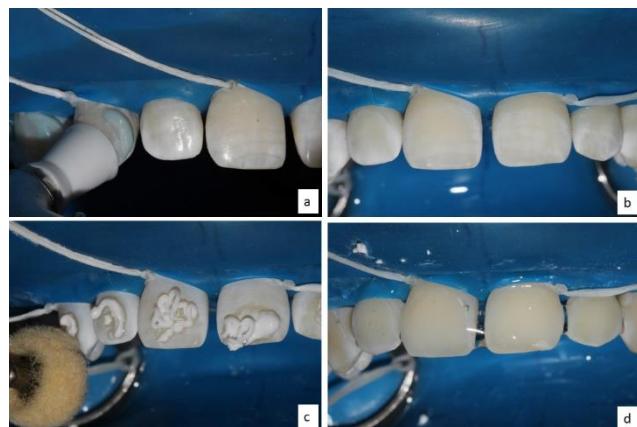


Figura 2: a. Aplicação do produto para microabrasão; b. Aspecto desidratado após a sessão de microabrasão; c. Polimento das superfícies dentárias; d. Aplicação de flúor neutro.

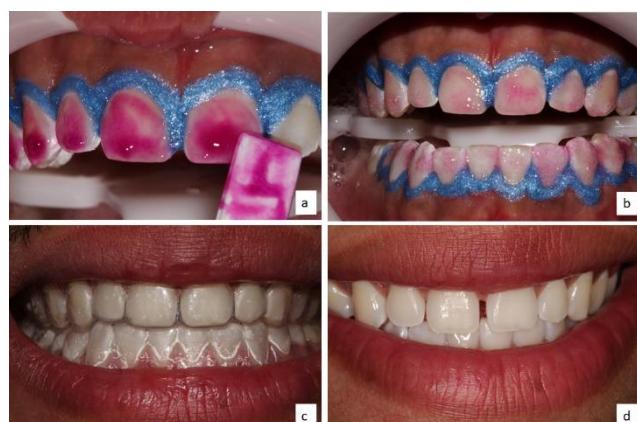


Figura 3: a. Aplicação do gel clareador; b. vista frontal após o período de eficácia do produto; c. Teste da moldeira para clareamento caseiro; d. Resultado da etapa clareadora após 14 dias de término da técnica caseira.

Antes do procedimento restaurador propriamente dito, realizou-se um ensaio restaurador (*mock-up* direto) em resina composta para que o paciente tivesse uma ideia do resultado final e aprovasse o procedimento (figura 4a). Esse ensaio foi então moldado com silicone pesado (Perfil, Coltene Brasil) com o intuito de se obter a forma e os limites incisais e proximais para facilitar a etapa restauradora definitiva (figura 4b). Foi então realizado um isolamento modificado e realizado condicionamento com ácido fosfórico a 37% (figura 5a) seguido de lavagem abundante, secagem e aplicação de adesivo (Ybond Universal, Yller)

fotopolimerizável (figura 5b). Inseriu-se, então, a resina A1 (Brilliant Everglow, Coltene) na muralha de silicone e adaptou-se em boca para se obter os limites das restaurações (figura 5c). Todas as restaurações foram realizadas em sessão única, sendo que, no 11 e no 21 foram confeccionadas facetas devido ao fato desses dois dentes estarem levemente palatinizados (figura 5d). Foi realizada a remoção dos excessos mais grosseiros e ajustadas as guias de desoclusão, marcando o paciente em uma sessão subsequente para o acabamento mais fino e polimento.

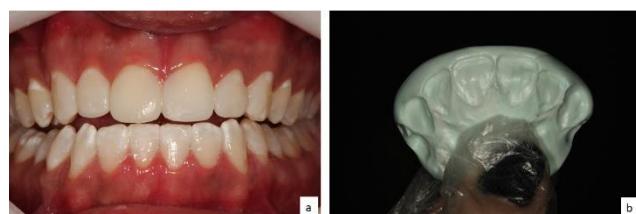


Figura 4: a. Ensaio diagnóstico (Mock-up direto); b. Muralha de silicone confeccionada com silicone pesado.

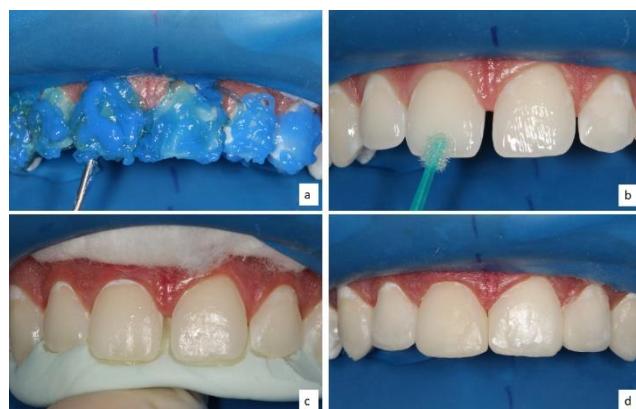


Figura 5: a. Condicionamento com ácido fosfórico a 37%; b. Aplicação do sistema adesivo; c. Confecção dos limites incisais e proximais utilizando o guia de silicone; d: Restaurações confeccionadas.

Na última sessão então foi realizado o acabamento e polimento. Inicialmente marcou-se as áreas de sombra e espelho para correta reflexão de luz (figura 6a), e ajustou-se as formas vestibulares com discos abrasivos (TDV Dental) (figura 6b) seguido de borracha abrasiva mais grossa (American burrs). Excessos na área proximal foram removidos com tira abrasiva de poliéster em movimento de "S" para não romper os pontos de contato. Na sequência, realizou-se a fase de texturização com a confecção dos sulcos de desenvolvimento e estrias horizontais (periquimáceas) (figura 6c), sendo em seguidas suavizadas com borracha abrasiva fina (American Burrs).

O polimento final foi obtido com borracha abrasiva do tipo espiral super fina (Azdental) (figura 6d) e felpo com pasta diamantada (Diamond Polish, Ultradent), obtendo-se um resultado estético e funcional (figura 7a-c).

Após 12 meses de conclusão do tratamento, o paciente foi solicitado a comparecer

à clínica para acompanhamento e manutenção das restaurações. Foi realizado então, o repolimento das restaurações apenas com borracha espiral superfina, obtendo-se novamente o aspecto de brilho semelhante a estrutura dentária (figura 8).

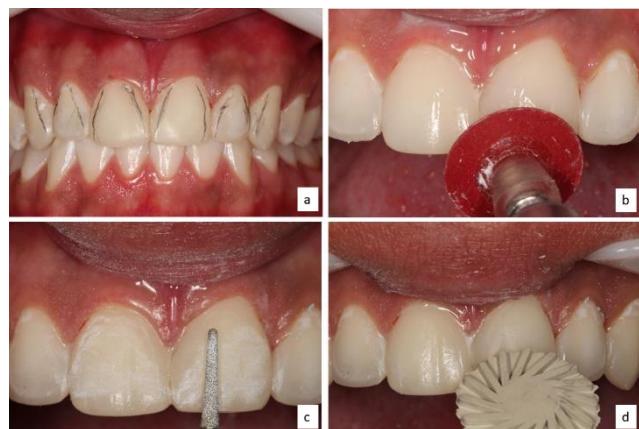


Figura 6: a. Início da etapa de acabamento e polimento com a marcação das cristas marginais; b. Correção de forma com discos abrasivos de óxido de alumínio; c. Confecção de macro e microtexturas com ponta diamantada; d. Polimento com borracha abrasiva superfina.



Figura 7: a. Aspecto final das facetas após o polimento imediato; b. Vista frontal imediataao polimento; c. Vista de sorriso lateral.



Figura 8: Aspecto das restaurações após o repolimento, 1 ano após a conclusão do tratamento.

Por se tratar de um relato de caso, foi feita a submissão da proposta na forma de artigo científico ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros e

aprovado com o parecer número 5.105.590. Foram adotados todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução 466/12, garantindo a preservação dos dados e confidencialidade. Este estudo, também, dispõe do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelo paciente assistido na clínica escola, de modo que o paciente foi informado sobre o estudo e dispõe ainda da autorização da instituição de ensino. Assim, a pesquisa obedeceu a todos os preceitos éticos necessários.

DISCUSSÃO

O constante aprimoramento de técnicas, materiais e tecnologias tem resultado em restaurações cada vez mais estéticas feitas em resinas compostas⁷. As restaurações diretas são opções de tratamento que estão de acordo com o conceito de tratamento restaurador minimamente invasivo, que equilibra necessidade, dano e riscos⁸. Atualmente, os compósitos resinosos são os materiais de primeira escolha para restaurar dentes anteriores e posteriores, ganhando popularidade principalmente devido às suas propriedades estéticas e reduzido desgaste da estrutura dentária⁹.

As restaurações estéticas somente aditivas (*no-prep*) são realizadas, principalmente sobre esmalte íntegro e sadio. Essa técnica apresenta como principais vantagens a conservação da estrutura dentária, a reversibilidade do procedimento, o menor custo para o paciente, menor tempo de tratamento e possibilidade de reparo⁸. A literatura demonstra um bom desempenho clínico dessa modalidade restauradora, embora alguns tipos de falhas são esperadas com o passar do tempo, especialmente as descolorações marginais, a rugosidade superficial e o lascamento ou pequenas fraturas¹⁰. Entretanto, uma vantagem da técnica direta em resina composta é que essas falhas são reparáveis, sendo primordial o correto acompanhamento e manutenção das restaurações¹⁰.

O fechamento de diastemas por meio de materiais restauradores ainda é um grande desafio na clínica odontológica. Os fatores a serem levados em consideração para a resolução estética em casos de diastema são baseados na etiologia do espaçamento, condição financeira, disponibilidade de tempo e expectativas do paciente. É importante ressaltar, que embora a cerâmica seja um material altamente estético e longevo, com relato de taxa de sucesso de 90% após 10 anos de serviço¹¹, a sua execução demanda múltiplas sessões e seu custo é significativamente superior quando comparado à resina composta, especialmente devido à fase laboratorial envolvida. Além disso, as restaurações cerâmicas demandam preparo, o que torna o procedimento mais invasivo do que a técnica direta

com resina composta⁷.

Um dos principais desafios envolvidos no fechamento de diastema é a definição de uma adequada proporção dos dentes anteriores. Uma referência que pode contribuir para a correta determinação do tamanho dos incisivos centrais superiores é o fato de que eles apresentam, em média, o mesmo comprimento inciso-cervical dos caninos, sendo esse valor aproximadamente de 10.4 a 11.2mm sem atrição incisal¹². No que tange a relação entre largura: comprimento dos incisivos centrais, os valores variam entre 0,82 e 0,85, em média¹³. Embora estes parâmetros sejam valores médios, contribuem de sobremaneira quando é necessário realizar um procedimento restaurador nas bordas incisais dos dentes ântero-superiores. Um outro desafio para os casos de fechamento de diastema é a determinação de um correto perfil de emergência com o intuito de se evitar acúmulo de placa bacteriana e restos alimentares⁷.

Diante do conhecimento sobre as dificuldades mencionadas, o cirurgião-dentista pode utilizar estratégias que o auxiliem a promover o fechamento de diastemas e acréscimos pontuais em resina composta de forma mais previsível⁷. O *mock-up* é uma técnica simples que permite ao profissional a visualização do caso, assim como auxilia o paciente em relação as suas preferências e expectativas¹³. O enceramento prévio no modelo de gesso e posterior *mock-up* com resina bisacrílica é uma forma de se obter a aprovação do paciente bem como motivá-lo para o procedimento. Entretanto, o chamado *mock-up* direto, é uma opção de excelente custo-benefício, uma vez que elimina a etapa laboratorial inclusive na etapa de planejamento. Trata-se então da realização do ensaio restaurador em boca sem nenhum tipo de procedimento adesivo, com o intuito de se avaliar forma e até mesmo cor do compósito, havendo a aprovação do paciente de forma mais rápida e menos custosa. Uma vez aprovado, é realizado o molde do ensaio com silicone pesado, sendo possível a etapa restauradora propriamente dita utilizando a técnica da muralha de silicone⁷.

Dessa forma, a muralha de silicone também é considerada uma ferramenta facilitadora para o procedimento estético, uma vez que irá guiar o profissional para reprodução da face palatina dos dentes, determinando de forma mais precisa as bordas incisais e os limites proximais. Essa se torna uma técnica extremamente útil porque facilita a reprodução da anatomia previamente criada dos dentes, seja pelo *mock-up* direto ou indireto servindo de guia para as restaurações definitivas⁷.

Portanto, as restaurações em resinas compostas feitas nos dentes anteriores são desafiadoras, pois envolvem o conhecimento anatômico dental e das propriedades ópticas que são fundamentais na execução das restaurações

estéticas. A seleção de cor da resina que será utilizada é de suma importância pois deve ser levado em consideração as características ópticas da estrutura dentária, como fluorescência, opalescência, translucidez e valor. Atualmente, as resinas apresentam boa estabilidade de cor, diferentes graus de opacidade, e diferentes efeitos, o que favorece o resultado estético final e a durabilidade do resultado obtido⁶.

Para a resolução do caso clínico em questão, previamente ao procedimento restaurador, optou-se por realizar a microabrasão do esmalte associado ao clareamento dentário, devido ao fato do paciente apresentar um padrão de fluorose leve com a presença de manchas em forma estriada. Assim, a combinação das técnicas de microabrasão e clareamento, promoveu maior uniformidade de cor e satisfação do paciente, com segurança, coerente com a literatura científica¹⁴.

Este trabalho apresenta uma importante limitação que é o tipo de estudo, sendo que trabalhos do tipo relato de caso estão na base da pirâmide de evidência científica. Entretanto, apresentam o seu valor na medida em que são mostradas todas as etapas clínicas do procedimento com uma discussão pautada na literatura científica. O estudo demonstra um resultado extremamente satisfatório e previsível quando realizada a associação da microabrasão de esmalte e clareamento, seguidos de facetas e acréscimos sem desgaste utilizando resina composta em um período de acompanhamento de 12 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso clínico apresentado, é possível concluir que as restaurações aditivas realizadas com resina composta com o auxílio da técnica de *mock-up* e muralha de silicone são consideradas ferramentas facilitadoras para o procedimento estético dos dentes anteriores, sendo uma forma mais econômica em comparação com os laminados de cerâmica. Essa técnica mostra-se eficaz para o fechamento de diastema, proporcionando melhor contorno aos dentes, satisfação do paciente, com baixo custo e com grande preservação da estrutura dentária. O uso de resinas compostas, foi capaz de proporcionar um melhor contorno aos dentes, fechando os diastemas presentes, resultando em um sorriso mais estético e agradável.

REFERÊNCIAS

1. Frese C, Schiller P, Staehle HJ, Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. J Dent. 2013;41(11):979-85.
2. Zorba YO, Bayindir YZ, Barutcugil C. Direct laminate veneers with resin composites: two case

- reports with five-year follow-ups. *J Contemp Dent Pract.* 2010;11(4):E056-62.
3. Ferracane JL. Resin composite--state of the art. *Dent Mater.* 2011;27(1):29-38.
 4. Gresnigt MM, Kalk W, Ozcan M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *J Dent.* 2012;40(9):766-75.
 5. Goyal A, Nikhil V, Singh R. Diastema Closure in Anterior Teeth Using a Posterior Matrix. *Case Rep Dent.* 2016;2016:2538526.
 6. Balassa BdS, Silva IDd, Zeczkowski M, Manetti LP. Reanatomization of anterior teeth with composite resin: case report. *Research, Society and Development* 2020;9:e32891210962
 7. Kabbach W, Sampaio CS, Hirata R. Diastema closures: A novel technique to ensure dental proportion. *J Esthet Restor Dent.* 2018;30(4):275-280.
 8. Demirci M, Tuncer S, Öztaş E, Tekçe N, Uysal Ö. A 4-year clinical evaluation of direct composite build-ups for space closure after orthodontic treatment. *Clin Oral Investig.* 2015;19(9):2187-99.
 9. Demarco FF, Collares K, Coelho-de-Souza FH, Correa MB, Cenci MS, Moraes RR, Opdam NJ. Anterior composite restorations: A systematic review on long-term survival and reasons for failure. *Dent Mater.* 2015;31(10):1214-24.
 10. Wilson N, Lynch CD, Brunton PA, Hickel R, Meyer-Lueckel H, Gurgan S, Pallesen U, Shearer AC, Tarle Z, Cotti E, Vanherle G, Opdam N. Criteria for the Replacement of Restorations: Academy of Operative Dentistry European Section. *Oper Dent.* 2016;41(S7):S48-S57.
 11. Peumans M, De Munck J, Fieuws S, Lambrechts P, Vanherle G, Van Meerbeek B. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. *J Adhes Dent.* 2004;6(1):65-76.
 12. Santos BG, Moreno NB, Arango MJ, Medina VMM, López LCT, Gómez SL. Algunos factores relacionados con la estética dental: una nueva aproximación. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2015;26:271-91
 13. Koubi S, Gurel G, Margossian P, Massihi R, Tassery H. A Simplified Approach for Restoration of Worn Dentition Using the Full Mock-up Concept: Clinical Case Reports. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018;38(2):189-197.
 14. Castro KS, Ferreira AC, Duarte RM, Sampaio FC, Meireles SS. Acceptability, efficacy and safety of two treatment protocols for dental fluorosis: a randomized clinical trial. *J Dent.* 2014;42(8):938-44.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Danilo Cangussu Mendes

Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO)
Av. Waldomiro Marcondes Oliveira, 20 - Ibituruna,
39401-303 Montes Claros - MG, Brasil
e-mail: danilocangussuodonto@yahoo.com.br

Submetido em 03/11/2024

Aceito em 26/02/2025