

NÁDIA PERETI

Restaurações Indiretas: Onlay e Inlay

**ARAÇATUBA - SP
2009**

NÁDIA PERETI

Restaurações Indiretas: Onlay e Inlay

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de *“Bacharel em Odontologia”* da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Profa. Dra. Mara A. M. de Castro

Co-orientador: Prof. José Carlos M. de Castro

**ARAÇATUBA - SP
2009**

DEDICATÓRIA

A *Deus*, pela oportunidade de receber conhecimento, sabedoria e graça. A Ele toda honra e toda glória. Lhe agradeço meu Pai, por existir em minha vida, em meu coração.

Aos meus pais *João Aparecido Pereti* e *Maria da Glória Rother Pereti*, pela oportunidade, força e amor que me deram em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos Profs. Drs. *Mara Antonio Monteiro de Castro* e *José Carlos Monteiro de Castro*, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

À *Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP*, pela oportunidade da realização do Curso de Graduação em Odontologia.

PERETI, N. **Restaurações Indiretas: Onlay e Inlay. Relato de caso clínico.** 2009. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

RESUMO

Com a evolução tecnológica e consequente melhoria dos materiais, e dos sistemas adesivos, facilitou-se a confecção de restaurações estéticas para dentes posteriores substituindo com êxito os materiais metálicos. Estas restaurações indiretas para dentes posteriores, que são as *inlays-onlays*, os problemas de infiltração marginal praticamente desapareceram, melhorando também a resistência ao desgaste, e a estabilidade de cor. A indicação dos materiais são basicamente as mesmas, possuem a cor semelhante ao dente natural e para indicá-los é necessária uma avaliação criteriosa e específica para cada caso, podendo assim atingir os objetivos estéticos e funcionais. Quanto aos materiais temos a resina composta que foram melhoradas, com a adição de minerais e conseguiram uma resistência maior ao desgaste que as resinas compostas convencionais. Quanto as restaurações de porcelana, primeiramente apresentaram alguns problemas, como a fragilidade do material e a integridade marginal, pela falta de um meio adequado a cimentação fazendo com que não obtivesse sucesso. Com o desenvolvimento de sistemas de reforço para a porcelana, o condicionamento ácido e a união da porcelana, a estrutura dental condicionada subjacente pode ser utilizada. Com a ilustração de um caso clínico de *onlay* e *inlay* de resina composta será demonstrada a técnica de confecção, os passos clínicos e laboratoriais. Cada material tem suas próprias vantagens e desvantagens. Portanto, cabe ao cirurgião-dentista analisar criteriosamente o caso, conhecer os materiais, compreender e utilizar a técnica meticulosamente. Estas restaurações restabelecem a estética requerida pelo paciente e pelo dentista ao mesmo tempo.

Palavras-chave: *Onlay* e *inlay*. Estética dental. Preparo dental.

PERETI, N. **Indirect Restoration: *Onlay* and *Inlay*. *Clinical case report***. 2009. 26 f. Thesis completion of course - School of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba, 2009.

ABSTRACT

With the technological evolution and the consequent improvement of the materials, and of the adhesive systems, it became easier to manufacture the esthetics restorations for posterior teeth replacing with success the metallic materials. These indirect restorations for posterior teeth that are the *inlays-onlays* the trouble of marginal infiltration, basically disappear, having also improvements in the abrasion resistance, and the color stability. The indication of the materials are basically the same, they have similar color to the natural teeth and to point them it is necessary a judicious and specific evaluation to each case, making it possible to reach the esthetic and functional goals. About the materials, there is a composite resin that was improved with the addition of minerals making it more resistant to abrasion than the conventional resins. About the porcelain restorations, they showed at first some problems, such as the fragility of the material and the integrity of the marginal, because of the lack of an appropriate environment to the necessary cementation making it impossible to achieve the success. With the development of the extra systems to reinforce porcelain, the acid conditioned and the union of the porcelain, the subjacent dental conditioned structure can be used. With the illustration of a porcelain *onlay* and *inlay* clinical case of compost resin it will be demonstrated the technique of production, the clinical and laboratorial step by step. Each material has its own advantage and disadvantage. Thus, it is the dentist surgeon discretion to discerningly analyze the case, to know the materials, to understand and to use the technique meticulously. These restorations re-establish the esthetic requirements of the patient and of the dentist at the same time.

Keywords: *Onlay* and *inlay*. Dental esthetics. Dental prepare.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Caso clínico inicial	13
Figura 2 -	Amálgama removido	13
Figura 3 -	Preparo do dente	13
Figura 4 -	Preparo do dente	13
Figura 5 -	Preparo do dente	13
Figura 6 -	Moldagem	13
Figura 7 -	Provisório	14
Figura 8 -	Polimerização da resina para provisório	14
Figura 9 -	Inlay, Onlay no modelo	14
Figura 10 -	Preparo da onlay para cimentação	14
Figura 11 -	Preparo da Inlay para cimentação	15
Figura 12 -	Profilaxia e isolamento absoluto para cimentação	15
Figura 13 -	Cimento Adesivo Rely- X. U100. 3M ESPE	16
Figura 14 -	Cimento Rely-X. U100. 3M ESPE	16
Figura 15 -	Onlay e Inlay preparado para cimentação	16
Figura 16 -	Cimentação da Inlay	16
Figura 17 -	Cimentação do Onlay	17
Figura 18 -	Remoção dos excessos com pincéis	17
Figura 19 -	Polimerização por 5 segundos apenas para evitar movimentação da peça	17
Figura 20 -	Acabamento e ajustes oclusais com ponta diamantadas finas	18
Figura 21 -	Ajustes oclusais	18
Figura 22 -	Ajustes oclusais	18
Figura 23 -	Ajustes oclusais	18
Figura 24 -	Polimento com pastas e escovas	18
Figura 25 -	Aspecto final	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 PROPOSIÇÃO	11
3 RELATO DE CASO CLÍNICO	12
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Há muito tempo os profissionais almejam e buscam restaurações indiretas, motivados por avanços de novas técnicas e materiais com propriedades mecânicas e estéticas capazes de restaurar a estrutura dental perdida (VARGAS, 1994 apud SANTOS JÚNIOR et al., 2000).

A solicitação estética, a conscientização em reação a toxicidade do mercúrio e a evolução dos agentes de cimentação, têm levado a um aumento de interesse na indicação de restaurações *inlay/onlay* por parte dos profissionais de Odontologia (BUSATO, 1996; PHILLIPS, 1993 apud SANTOS JÚNIOR et al., 2000).

Progressos foram atingidos na área de adesivos e materiais poliméricos, resultando mudanças nos conceitos relativos ao uso de resinas compostas em dentes posteriores com o surgimento de novas porcelanas, e resinas laboratoriais. As vantagens são claras frente às técnicas diretas, como o menor índice de infiltração marginal devido a melhor adaptação, principalmente em paredes cervicais com pouco ou nenhum esmalte residual. As alterações dimensionais do material restaurador são dissipadas em grande parte pela cimentação adesiva e uma menor sensibilidade pós-operatória decorrente de exposição dentinária em margens também pode ser esperada. A obtenção de uma anatomia fisiológica mais apurada em cavidades extensamente destruídas é outro ponto positivo, resultando em contornos proximais mais adequados e melhores contatos oclusais (HIRATA, 1998).

Mecanicamente, as restaurações indiretas oferecem maior resistência ao desgaste e dureza superficial em relação às restaurações diretas de resina composta; através das porcelanas por suas características intrínsecas, e das

resinas indiretas pelo maior grau de conversão de polimerização atingida pelas curas secundárias em laboratório (HIRATA, 1998).

As desvantagens recaem sobre o custo final, com a inclusão dos honorários protéticos e o maior número de sessões necessárias para a conclusão do trabalho.

O conceito de porcelanas representando a alternativa preferencial hoje pode ser discutido, sabendo-se da intensa evolução dos sistemas indiretos de resina composta, com diferentes tipos de polimerização extra-oral.

Segundo O'Neal et al. (1993 apud HIRATA, 1998) a tendência das porcelanas para região posterior é a diminuição da dureza, visto que esta excede demasiadamente os níveis ideais próximos ao esmalte dentário, refletindo em desgaste do dente antagonista. As resinas laboratoriais, ao contrário, buscam o aumento desta propriedade, aproximando-se muito a dureza do dente natural.

As indicações desses dois materiais são praticamente as mesmas. Dentes, como segundos molares inferiores, que normalmente possuem coroas clínicas curtas e recebem a maior carga oclusal do arco, merecem considerações especiais na indicação de resinas indiretas, não estando, porém, contra indicadas as porcelanas. As *inlays/onlays* de resina composta oferecem melhor adaptação marginal quando comparados às porcelanas, bem como menos ajustes internos no momento de cimentação. Possuem menor friabilidade, o que resulta em maior facilidade de manipulação no período que antecede a cimentação (HIRATA, 1998).

Muitos dos sistemas de resinas laboratoriais são recentes, o que impede um acompanhamento longitudinal clínico mais amplo, mas os resultados atingidos são promissores.

Conceitos relacionados aos preparos de incrustações metálicas deveriam ser revistos, pois hoje a retenção não mais depende de caixas, sulcos acessórios ou fricção de paredes opostas entre si, mas sim, de procedimentos adesivos baseados em micro-retenções mecânicas provocadas pelo ataque ácido. Quanto maior a área existente para a adesão, maior a força de retenção.

Neste momento da odontologia, o cirurgião dentista tem que se integrar aperfeiçoando-se e conhecendo as limitações das porcelanas e das resinas compostas, já que os dentes estão sujeitos a tensões oclusais de função e outras parafunções. Estes materiais também estão sujeitos ao desgaste, a fratura e a instabilidade de cor sendo que o ideal seria um material com características físicas e biológicas mais próximas possíveis do dente natural.

2 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como propósito elucidar a indicação de restaurações indiretas em dentes posteriores através de um relato de caso clínico.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente S. R. S, 20 anos, gênero feminino, procurou a Clínica da FOA - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP a procura de atendimento odontológico e de uma melhora na estética. Após avaliação clínica e radiográfica, verificou-se que a paciente possuía restaurações com necessidade de substituição. O elemento 46 apresentava restauração de amálgama insatisfatória e o 47 com infiltrações marginais e má adaptação. Posteriormente foi sugerida a troca dessas restaurações por restaurações indiretas *onlay* e *inlay* pela amplitude das cavidades e também porque o material restaurador não poderia ser metálico pelo fator estético envolvido.

Inicialmente, registrou-se uma fotografia da condição inicial e estética antes da intervenção (Figura 1), em seguida, a paciente foi anestesiada, removida as restaurações com ponta diamantada 1092 (Figura 2). O início do preparo com ponta diamantada 3131 e 2200, rompe os contatos e segue as características do preparo, que devem ser expulsivo de gengival para oclusal em torno de 10° a 15° nas paredes das caixas oclusal e proximais, ângulos internos arredondados, ângulo cavo superficial sem bisel, procurando não haver coincidência entre os contatos oclusais e o limite do preparo, espaço inter-oclusal com o dente antagonista de aproximadamente 2,0mm, espessura suficiente para o material apresentar resistência. Utilizou-se também da broca esférica para remoção do tecido cariado (Figuras 3, 4 e 5).

Após a confecção do preparo cavitário, procedeu-se a moldagem parcial da arcada com silicona de adição EMPRESS (3M) por apresentar estabilidade dimensional e excelente fidelidade de impressão, utilização de moldeira parcial plástica para triplo registro, como a Triple Tray (Premier) (Figura 6).



Figura 1 - Caso clínico inicial.



Figura 2 - Amálgama removido.



Figura 3 - Preparo do dente.



Figura 4 - Preparo do dente.



Figura 5 - Preparo do dente.



Figura 6 - Moldagem.

Em seguida, optou-se por um provisório borrachóide resinoso (Bioplic FGM) e, em seguida, sua polimerização por 20 segundos (Figuras 7 e 8).



Figura 7 - Provisório.



Figura 8 - Polimerização da resina para provisório.

Na sessão seguinte, após a confecção da fase laboratorial, foi feita a preparação da peça que é executada pela auxiliar, enquanto o profissional faz o preparo do dente. A peça é jateada com óxido de alumínio por 4 a 6 segundos; fez-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos com a finalidade de limpeza; aplicou-se o silano (Silano – Dentsply) saturando a superfície condicionada; por último aplicou-se o adesivo (Optibond) sem ser polimerizado (Figuras 9, 10 e 11).



Figura 9 - Inlay, Onlay no modelo.



Figura 10 - Preparo da onlay para cimentação.



Figura 11 - Preparo da inlay para cimentação.

Enquanto isso, foi feita o preparo do dente, com a realização da anestesia, remoção dos provisórios, profilaxia dos preparos e isolamento absoluto do campo operatório (Figura 12).



Figura 12 - Profilaxia e isolamento absoluto para a cimentação.

O cimento utilizado foi o Rely-X, U-100 (3M ESPE). Seguindo a recomendação do fabricante. Os dentes 46 e 47 foram lavados, secos sem desidratar e após a manipulação da pasta base e da catalisadora em porções iguais (Figs. 13 e 14) esta foi aplicada nas peças e inserida no preparo (Figs. 15 e 16).



Figura 13 - Cimento Adesivo Rely-X U100 (3M ESPE).

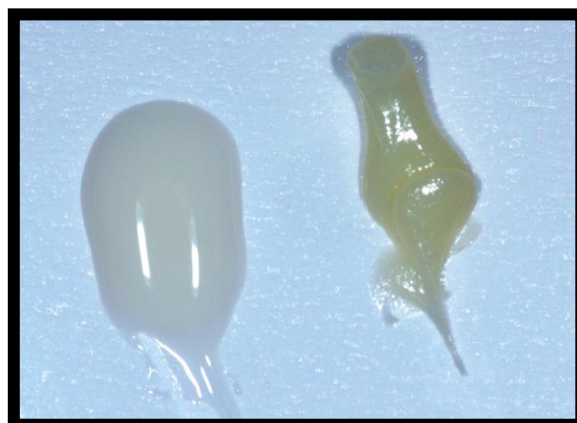


Figura 14 - Cimento Rely-X U100 (3M ESPE).

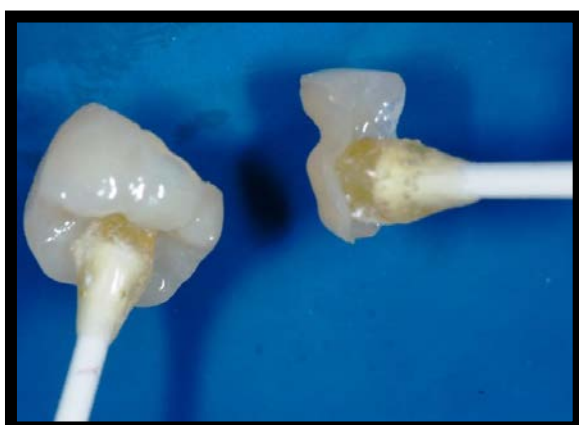


Figura 15 - Onlay e Inlay preparado para cimentação.

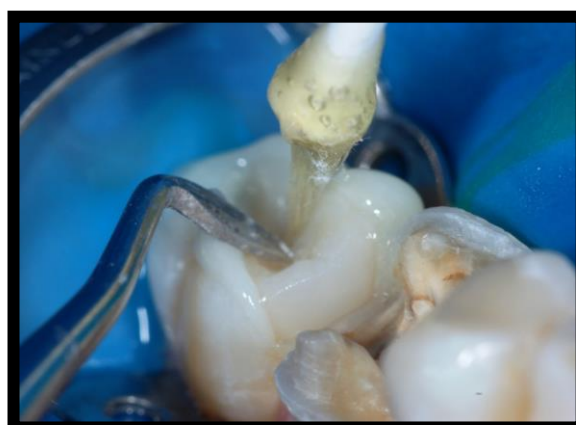


Figura 16 - Cimentação Inlay.

Removeu-se os excessos com pincéis adequados, enquanto o auxiliar pressionava a peça no preparo cavitário com holleback (Figuras 16, 17 e 18). Polimerizou-se por 5 segundos somente para fixar o *inlay/onlay* e impedir a movimentação (Figura 19).

Removeu mais detalhadamente os excessos, principalmente os proximais com uso de floss (fio dental macio) sem pressão excessiva em direção ao dente. E finalmente, sobrepolimerizou a peça por 60 segundos por face.



Figura 17 - Cimentação do Onlay.



Figura 18 - Remoção dos excessos com pincéis.



Figura 19 - Polimerização por 5 segundos apenas para evitar movimentação da peça.

Após a cimentação completa , realizou os acabamentos, com pontas diamantadas finas e extrafinas (Figura 20); fez-se as demarcações dos contatos oclusais da restauração aplicando uma tira de papel carbono ultrafino e sua remoção com ponta diamantada 2200 (Figuras 21, 22 e 23).

Terminando com polimento com pastas diamantadas e escovas adequadas (Figura 24). E seu aspecto final (Figura 25).



Figura 20 - Acabamento e ajustes oclusais com ponta diamantadas finas.



Figura 21 - Ajustes oclusais.



Figura 22 - Ajustes oclusais.

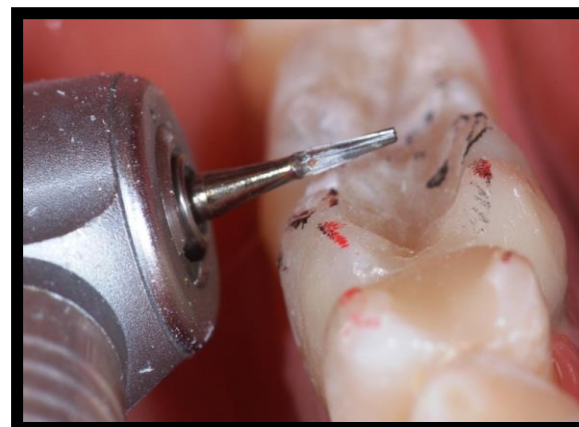


Figura 23 - Ajustes oclusais.



Figura 24 - Polimento com pastas e escovas.



Figura 25 - Aspecto final.

4 DISCUSSÃO

As restaurações estéticas indiretas consistem em procedimentos intra-orais com várias consultas clínicas e procedimentos laboratoriais. Os materiais restauradores utilizados para confeccionar *inlays/onlays* são as resinas compostas e as porcelanas dentais associadas à técnica restauradora adesiva, pois estes materiais requerem uma forte união com o tecido dental, a fim de obter resultados satisfatórios em termos de resistência mecânica, adaptação e selamento (BANDEIRA et al., 1998).

Grandes restaurações são extremamente difíceis de confecção pelo método direto, pois iremos encontrar dificuldades técnicas na obtenção da correta anatomia dentária, pontos de contato, perfil de emergência e correta harmonia na cor do dente envolvido, portanto, podemos, a partir daí, recomendar uma restauração indireta (MAINIERI et al., 2004).

Os termos *inlay* e *onlay*, consagrados pelo uso na classe odontológica, correspondem respectivamente a: *inlays* são incrustações intracoronárias envolvidas totalmente pela estrutura dentária, isto é, sem cobertura cuspídea, enquanto *onlays* são incrustações com cobertura cuspídea que envolvem parcialmente a coroa clínica do dente (MONDELLI et al., 1998).

A utilização de resina composta como material restaurador para os dentes posteriores tem aumentado muito nos últimos anos com a crescente exigência estética dos pacientes e o aprimoramento das técnicas e dos materiais envolvidos nos procedimentos restauradores diretos e indiretos. Com o tempo, a composição das resinas compostas sofreu modificações no tamanho, dureza e concentração das partículas de carga e no método de polimerização, que passou a ser feito com luz halógena. Todas essas modificações contribuíram para uma melhoria das propriedades, favorecendo a sua indicação em dentes posteriores

(MONDELLI et al., 1998). No entanto, em cavidades extensas alguns problemas ainda persistem, como contração de polimerização, microinfiltração, dificuldade em obter o ponto de contato proximal e desgaste nos contatos cêntricos (LYONS, 1997; ROSENBLUN e SCHULMAN, 1997; NASEDKIN, 1998; SILVA E SOUZA JÚNIOR, 1998 apud SANTOS et al., 2000).

O primeiro requisito importante ao se indicar uma restauração de resina composta em dentes posteriores seria a necessidade estética, após acordo esclarecedor entre profissional e paciente. O risco a cárie e a capacidade de manutenção de boa higiene oral também são fatores determinantes, visto que destes dependerá em grande parte a longevidade da restauração. Quanto ao preparo, deve apresentar limite marginal periférico preferencialmente localizado em esmalte intacto a fim de diminuir a formação de discrepâncias ou valamento marginal, especialmente na área cervical das restaurações de classe II. Todavia, as incrustações de resina são indicadas especialmente quando o limite cervical interproximal dos preparos de classe II apresenta mínima ou nenhuma camada de esmalte (MONDELLI et al., 1998).

Esse inusitado interesse pelas resinas compostas como material restaurador posterior pode ser atribuído a várias causas: são livres de mercúrio, não condutores térmicos, são altamente estéticos, possuem características manipulativas mais simplificadas que as porcelanas, não desgastam o dente antagonista, são passíveis de serem reparados na boca e, devido a sua capacidade de união a estrutura dentária, os materiais compósitos intensificam a integridade estrutural dos tecidos cuspídeos adjacentes (MONDELLI et al., 1998).

As restaurações ao serem confeccionadas de forma indireta oferecem algumas vantagens sobre as restaurações diretas como: melhor controle da contração de polimerização e conseqüente melhor adaptação, menor infiltração marginal e redução das pressões interdentinárias nas cúspides, aumento do grau de polimerização, diminuição das porosidades e obtenção de uma superfície bem polida, reestabelecimento mais fácil do contorno e das relações de contato. Por

outro lado tem-se um aumento no tempo dispendioso para a confecção das restaurações, sendo necessária mais de uma sessão de atendimento, necessita de moldagem e restauração provisória. Isto implica num aumento do custo final da restauração (MONDELLI et al., 1998).

Os problemas inerentes à porcelana, tais como a fragilidade do material e a integridade marginal, combinados com a falta de um meio adequado de cimentação, fizeram inicialmente com que esta restauração não obtivesse sucesso (GARBEN e GOLDSTEIN, 1996 apud SANTOS JÚNIOR et al., 2000). Com o aperfeiçoamento do tratamento da superfície interna das restaurações de porcelana e a evolução dos sistemas adesivos (adesivos dentinários e cimentos resinosos dual), possibilitaram um grande avanço nas propriedades físicas e químicas deste material, somado ao seu aspecto estético tem levado a um aumento do interesse por parte dos profissionais (FARIA e MANDARINO, 1999).

Devido a sua fragilidade e baixa resistência, a porcelana foi inicialmente fundida ao metal para aumentar sua resistência a fratura. Entretanto, esta base de metal pode afetar a estética da porcelana, diminuindo a transmissão da luz pela porcelana. Além disso, alguns pacientes podem apresentar hipersensibilidade ao metal. Estas desvantagens levaram ao desenvolvimento de sistemas de porcelana pura, os quais não requerem metal e apresentam uma alta resistência e boa precisão (LAMBERTI e BEZERRA, 2000).

Estudos têm sido feitos com o objetivo de avaliar o comportamento clínico das restaurações em porcelana, em estudo realizado *in vivo* por Hayashi et al. (1998 apud LAMBERTI e BEZERRA, 2000). Durante seis anos, 92% das restaurações permaneceram em boas condições: descoloração marginal ocorreu em 23% das restaurações e a adaptação marginal falhou em 13%, devido a microfraturas (LAMBERTI e BEZERRA, 2000).

As indicações destas restaurações são: pacientes com boa higiene bucal; remanescente dentário suficiente para cimentação; necessidade de estética; dentes sem sobrecarga oclusal; não evidência de desgaste oclusal excessivo em relação à idade do paciente; margens da restauração devem estar

em esmalte e supragengivalmente; dentes com alteração de cor após tratamento endodôntico; pacientes com alergia aos materiais restauradores metálicos (REGO et al., 1997).

São consideradas contra-indicações: hábitos parafuncionais (bruxismo); potencial de desgaste de dentes do arco oposto; estrutura dentária insuficiente para retenção e resistência das restaurações (REGO et al., 1997).

Em 1990, Banks (apud FARIA e MANDARINO, 1999) relatou numerosas vantagens para este tipo de restauração. O *inlay* de porcelana apresenta radiopacidade semelhante a estrutura dental, é forte e durável depois da colocação e união, resistente a abrasão, tem boa estabilidade de cor, resistente ao manchamento, e biocompatível. Quanto às desvantagens ele acrescentou que há necessidade de um preparo profundo por causa da resistência do material, difícil técnica de cimentação, o dentista depende de um bom laboratório, a contaminação por umidade induzirá a falhas, não pode ser usado como parte de prótese parcial fixa por não possuir resistência adequada, e é contra-indicado o uso de soluções de fluoretos acidulados por induzirem a uma decomposição rápida da estrutura da matriz vítrea (GAVA et al., 1998).

Os maiores problemas associados com terapias que usam *inlay* de cerâmica parecem ser fratura, hipersensibilidade, grau de ajustamento, manutenção da integridade das extremidades, microvazamentos, falhas no processo de colagem e uso do cimento. Outras áreas que também afetam a performance clínica das *inlays* de cerâmica são: o desgaste da cerâmica, o desgaste do dente oposto, acumulação de placa, gengivite, cáries secundárias, estabilização de cor, forma anatômica e radiopacidade. O alto custo e técnicas de extrema sensibilidade podem resultar no restrito uso para certas situações clínicas (BERGMAN, 1999).

Vale ressaltar que os preparos cavitários para *onlays* e *inlays* de resina composta e porcelana são idênticos. Atualmente existe grande preocupação em preservar o máximo possível de esmalte nas margens cervicais, a fim de juntamente com as técnicas adesivas proporcionar melhor adaptação e

selamento, procurando ao mesmo tempo preservar o máximo de tecido sadio. Um procedimento que difere é o tratamento interno, pois a resina composta recebe aplicação de ácido fosfórico a 37% para limpar e desengordurar a peça enquanto a porcelana é condicionada com ácido fluorídrico a 8 ou 10%, o qual remove seletivamente as partículas vitrosas da porcelana e eventualmente a fase cristalina, em seguida a peça é silanizada. O silano é o promotor da adesão, este tratamento deixa a porcelana pronta para adesão química e mecânica (BANDEIRA et al., 1998).

Após a confecção do preparo, faz-se a moldagem parcial ou total optando pelo silicone de adição por apresentar estabilidade dimensional e excelente fidelidade de impressão. O provisório é indispensável já que visa proteção do complexo dentino-pulpar de agressão bacteriana, mecânica e térmica, estabiliza as relações de contato com os dentes adjacentes e seu antagonista, bem como, mantém aceitável função oclusal, proporcionando saúde periodontal, facilitando a limpeza e mantendo a estética (BANDEIRA et al., 1998).

As restaurações estéticas adesivas pode ser um tratamento previsível e com prognóstico de sucesso em longo prazo (VICENTINI e VALLADÃO JÚNIOR, 1999).

A evolução dos materiais restauradores proporcionou ascensão da Dentística Restauradora Adesiva colocando em evidência a estética (BANDEIRA et al., 1998).

Portanto, a restauração indireta é um tratamento eficaz, com vantagens claras frente às técnicas diretas, porém a técnica envolvida é mais criteriosa, tanto clinicamente quanto no laboratório, tornando-se mais dispendiosa. Mas sem dúvida com alta qualidade, quando confeccionada com todos os fundamentos necessários, tornando-se restaurações de altíssimo grau de durabilidade, precisão e estética.

5 CONCLUSÃO

A técnica indireta de restaurações adesivas representa uma grande alternativa para dentes posteriores extensamente destruídos, oferecendo melhor qualidade final, principalmente em cavidades extensas, com maior resistência que resinas compostas diretas, melhor adaptação e longevidade, sendo também alternativas aos blocos metálicos fundidos e amálgamas extensos.

As restaurações indiretas de resina composta satisfazem a necessidade morfofuncional de integração do dente no aparelho estomatognático. A escolha é cada vez mais difícil devido à melhora das propriedades físicas, dos materiais indicados.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. F. C. L. et al. Restaurações estéticas indiretas em dentes posteriores: uma alternativa viável utilizando vidro cerâmico e resina composta. **JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**, Curitiba, v. 2, n. 10, p. 23-27, jul.-ago. 1998.

BERGMAN, M. A. The clinical performance of ceramic inlays: a review. **Australian Dental Journal**, Sidney, v. 44, n. 3, p. 157-168, 1999.

FARIA, R. P.; MANDARINO, F. Relato clínico de tratamento estético-funcional com restaurações indiretas de porcelana. **JBC – Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 18-21, 1999.

GAVA, E. C.; PINHEIRO, L. M. G.; ANDRADE, M. F. Inlay/Onlay de porcelana: uma revisão de literatura. **Odonto 2000**, v. 2, n. 2, p. 8-12, jul./dez. 1998.

HIRATA, R. Inlays e onlays em resina composta laboratorial e porcelana: caso e sequência clínica para execução. **JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 72-80, 1998.

LAMBERTI, P. L. R.; BEZERRA, R. B. Restaurações *inlay* e *onlay* em porcelana: uma revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 20, p. 50-54, jan./jun. 2000.

MAINIERI, E. T. et al. Restauração tipo *onlay*: caso clínico utilizando resina composta fotopolimerizável de laboratório. **JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica Integrada**, Curitiba, v. 8, n. 47, p. 377-381, 2004.

MONDELLI, J. et al. Incrustações de resina composta com e sem cobertura cuspídea. **Rev ABO Nac**, v. 6, n. 2, p. 113-119, Abr./Maio, 1998.

REGO, M. A.; SILVA, R. C. S. P.; ARAÚJO, M. A. M. Restaurações de porcelana “Inlay-Onlay”: caso clínico. **JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 45-49, Maio/Jun. 1997.

SANTOS, M. J. M. C. et al. Restauração em cerâmica IPS Empress: relato de caso clínico. **JBC – Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**, Curitiba, v. 4, n. 24, p. 12-16, Nov./Dez. 2000.

SANTOS JÚNIOR, G. C. et al. Inlay/Onlay em porcelana: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 21, p. 50-53, jul./dez. 2000.

VICENTINI, H.; VALLADÃO JÚNIOR, C. A. A. Restaurações adesivas estéticas. Parte 1: Agentes adesivos dentinários, resinas compostas clínicas e laboratoriais. **PCL - Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 140-150, 1999.