



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba



HUGO MENEGOLO DA SILVA

**Adequação do meio bucal para restaurações estéticas –
Relato de caso**

Araçatuba

2018

HUGO MENEGOLO DA SILVA

**Adequação do meio bucal para restaurações estéticas –
Relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Ricardo Coelho Okida

Araçatuba

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente a minha mãe, que fez o possível e o impossível para que eu pudesse realizar meus sonhos. Tenho muito orgulho e admiração por ela, por ser extremamente guerreira e batalhadora. Sem o seu apoio e não seria metade do que sou hoje. “Te amo do fundo do meu coração, para sempre!”

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Coelho Okida pela orientação e por todo conhecimento compartilhado, que desde o segundo ano me incentivou e me fez me apaixonar pela disciplina de dentística.

À doutoranda Marjorie de Oliveira Gallinari por todo apoio e auxílio, não só durante a elaboração do caso clínico, mas desde a época do laboratório de dentística, monitoria e por me aguentar enviando áudios desesperados pedindo ajuda.

À Dr^a Laura Molinar Franco que tive a honra de conhecer melhor durante os meses em que fiz monitoria na disciplina de dentística, que compartilhou seus conhecimentos de forma clara e paciente.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Sversut de Alexandre por compartilhar seus conhecimentos e confiar em mim durante minha monitoria nas clínicas de dentística.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP dirigida pelo Prof. Dr. Wilson Roberto Poi, por oferecer não só a estrutura, como também professores e funcionários sempre dispostos a ensinar, ajudar e nos apoiar no que fosse necessário para que por fim me graduasse em Odontologia.

Aos meus amigos de Batatais que sempre pude contar em qualquer situação, mesmo com a distância se mantiveram presentes na minha vida, me apoiando e me dando forças para continuar. E aos amigos que tive a honra de conhecer na faculdade que se tornaram minha família, pessoas incríveis que sei que vou levar para sempre, mesmo que as situações da vida acabem nos afastando. Amo muito vocês!

"Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes".

Isaac Newton

SILVA, H. M. **Adequação do meio bucal para restaurações estéticas – Relato Caso**. 2018. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

Para restabelecer a função e estética dos elementos dentários é importante realizar a adequação do meio bucal antes de procedimentos restauradores definitivos, visando reduzir fatores ou nichos que favorecem para o acúmulo de placa; controlando a colonização microbiana cariogênica e proporcionando ao paciente um controle mais efetivo de sua higiene bucal. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico que foi realizado adequação do meio bucal para posteriormente realizar as restaurações estéticas em dentes ântero-superiores acometidos pela doença carie dentária. Concluímos que é de suma importância realizar a adequação do meio bucal, controle da dieta e motivação do paciente com sua higienização bucal antes de realizar procedimentos restauradores definitivos, para obter êxito no restabelecimento da função e da estética.

Palavras-chave: Cárie, Adequação do meio, Promoção de saúde, Estética Dentária.

Silva, H. M. **Adequacy of the buccal environment for aesthetic restorations - Case Report**. 2018. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

In order to restore the function and aesthetics of dental elements, it is important to perform the adjustment of the buccal environment before definitive restorative procedures, aiming to reduce factors or niches that favor plaque accumulation; controlling the cariogenic microbial colonization and providing the patient with a more effective control of their oral hygiene. This assignment aims to report a clinical case that was performed adequacy of the buccal environment to later perform the aesthetic restorations in anterosuperior teeth affected by dental caries disease. We conclude that it is extremely important to perform the oral environment adequacy, diet control and patient motivation with its oral hygiene before performing definitive restorative procedures to achieve a successful restoration of function and aesthetics.

Keywords: Carie, Adequacy of the environment, Health Encouragement. Aesthetic Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Restaurações insatisfatórias com presença de material restaurador, com formação de cárie secundária.	9
Figura 2-	A: Remoção do tecido cariado com escavadores de dentina e brocas esféricas em baixa rotação; B: Tecido cariado retirado; C: aplicação de Otosporin 10 ml com o auxílio de uma bolinha de algodão por 5 minutos.	11
Figura 3-	Condicionamento ácido com ácido poliacrílico 11,5% (DFL) por 20 segundos.	12
Figura 4-	Inserção do cimento de ionômero de vidro (GC Gold Label 2 LC R).	12
Figura 5-	Ionômero de vidro após uma semana.	13
Figura 6-	A: Isolamento absoluto modificado do canino esquerdo ao canino direito; B, C: inserção de fio retrator nº 000 (Ultrapack, Ultradent) nos dentes 11 e 12 embebidos em solução hemostática (Hemostop, Dentsply).	13
Figura 7-	A: Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 30 segundos no esmalte; B: Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 15 segundos na dentina.	14
Figura 8-	Aplicação de sistema adesivo (Single Bond 2.1, 3M ESPE).	15
Figura 9-	A: Recobrimento vestibular dos incisivos e dos caninos com resinas TPH Spectrum (Dentsply) A1 e B: Resina Filtek Z350 XT (3M ESPE) A1E.	15
Figura 10-	A: Recobrimento vestibular dos incisivos e dos caninos com resinas TPH Spectrum (Dentsply) A1 e B: Resina Filtek Z350 XT (3M ESPE)	16
Figura 11-	Resultado final imediatamente após o acabamento e polimento.	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	9
3	DISCUSSÃO	18
4	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico objetiva não apenas a reabilitação bucal do paciente mas também a manutenção da integridade do sistema estomatognático. Assim, o tratamento restaurador deve ser realizado somente quando a doença cárie estiver controlada. Com esse objetivo, é interessante realizar a adequação do meio bucal previamente ao tratamento restaurador.

A adequação do meio bucal representa um instrumento que o cirurgião-dentista deve utilizar para criar um ambiente favorável à paralisação da cárie e outras doenças, proporcionando um maior desempenho clínico aos procedimentos reconstrutivos.

Os cimentos de ionômero de vidro convencionais são indicados para auxiliar a adequação do meio, através do selamento provisório de cavidades, devido as suas propriedades favoráveis de adesão à estrutura dentária, liberação de fluoretos auxiliando na paralisação do processo de cárie^{3, 12,13}.

O restabelecimento de um sorriso harmônico constitui um desafio para a odontologia restauradora². Os elementos dentários, principalmente os ântero-superiores, têm papel fundamental na estética dental e a odontologia estética tem proporcionado alternativas e soluções para alcançar um sorriso adequado². Considerando os dentes anteriores, alguns princípios básicos como cor, forma, tamanho, textura e brilho são fundamentais para a composição de um sorriso harmonioso¹⁴.

O tratamento adequado das imperfeições no plano estético depende da interação de conhecimentos relacionados à estética, aos materiais restauradores e às técnicas disponíveis atualmente¹⁴. A reabilitação estética compreende muitos aspectos clínicos que depende diretamente da habilidade manual do profissional assim como de sua perspectiva visual e conhecimento científico.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico que foi realizado adequação do meio bucal para posteriormente realizar as restaurações estéticas em dentes acometidos pela doença carie dentária.

2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente RLS, gênero masculino, 22 anos de idade, compareceu à Clínica de Dentística do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, para realizar tratamento reabilitador restaurador, queixando-se da aparência de seus dentes, em função da presença de várias restaurações fraturadas, insatisfatórias que possibilitaram o surgimento de novas lesões de cáries.

Após anamnese, exame clínico, radiográfico e fotografias iniciais, iniciou-se a elaboração do planejamento e plano de tratamento, de maneira a permitir que fosse efetuado um tratamento com maior longevidade, além disso, vale ressaltar que foi primordial fazermos a adequação de meio e instrução de higienização para melhorar a condição como um todo.

Através dos exames clínicos e radiográficos observamos que os dentes 11, 21, 12, 22, 23, 36, 37, 46, 47, 27, 28, 16, 17 e 18 apresentavam restaurações insatisfatórias com presença de material restaurador, com formação de cárie secundária.

Figura 1: Restaurações insatisfatórias com presença de material restaurador, com formação de cárie secundária:



(Figura 1A)



(Figura 1B)



(Figura 1C)



(Figura 1D)



(Figura E)



(Figura F)



(Figura G)



(Figura H)

Após a avaliação inicial e o devido planejamento foi realizada a evidenciação de placa para que o paciente a visualizasse e assim pudéssemos orienta-lo quanto à necessidade de sua remoção diária para o sucesso de todo tratamento. Inicialmente optou-se pelo tratamento periodontal seguido da remoção do tecido cariado e realização de restaurações provisórias com ionômero de vidro para adequação de meio e diminuição da inflamação gengival e paralisação da doença cárie antes das restaurações definitivas. Foi passado ao paciente orientação sobre higiene e dieta cariogênica e após uma semana com as restaurações provisórias iniciou-se ao tratamento restaurador estético.

Inicialmente foi realizada profilaxia com pasta de pedra pomes e água e escova de Robson, em todos os dentes. Então, foram removidas as restaurações insatisfatórias e as cáries, através do uso de pontas diamantadas esféricas em alta rotação sob refrigeração de spray de ar/água, e posteriormente feita a remoção do tecido cariado com escavadores de dentina e brocas esféricas em baixa rotação. Em seguida foi aplicado Otosporin 10 ml com o auxílio de uma bolinha de algodão por 5 minutos para proteção do tecido pulpar.

Figura 2 – A: remoção do tecido cariado com escavadores de dentina e brocas esféricas em baixa rotação; **B:** Tecido cariado retirado; **C:** aplicação de Otosporin 10 ml com o auxílio de uma bolinha de algodão por 5 minutos.



(Figura 2A)



(Figura 2B)



(Figura 2C)

Na sequência realizou-se o isolamento relativo de maneira a nos permitir que as restaurações provisórias fossem confeccionadas com cimento de ionômero de vidro (GC Gold Label 2LC R), sendo assim foi feito o condicionamento ácido com ácido poliacrílico 11,5% (DFL) para limpeza das estruturas dentais, sendo o mesmo aplicado de forma ativa por 20 segundos, permitindo a remoção da “smear layer”, para que aja íntimo contato do ionômero de vidro com as estruturas dentais, devido

ao aumento da área de contato e de uma maior uniformidade da dentina subjacente. O ácido poliacrílico a 11,5% aplicado por 20 segundos de forma ativa remove apenas a “smear layer”, deixando a “smear plug” que é a “smear layer” encontrada na entrada dos túbulos dentinários, e com isso evita o extravasamento do fluido dentinário e molhamento da superfície dentinária, fornecendo uma união estável do ionômero de vidro com a dentina¹⁶.

Figura 3 - Condicionamento ácido com ácido poliacrílico 11,5% (DFL) por 20 segundos.



(Figura 3)

Em seguida, foi feita a lavagem com água abundante e secagem. Com a estrutura dental seca realizou a condensação do cimento de ionômero de vidro (GC Gold Label 2LC R) para restauração provisória das cavidades.

Figura 4 - Inserção do cimento de ionômero de vidro (GC Gold Label 2 LC R).



(Figura 4)

Após uma semana retirou-se parcialmente o cimento de ionômero de vidro como forma de proteção do complexo dentino-pulpar e foi realizada profilaxia com pasta de pedra pomes, água e escova de Robson, para selecionar a cor da resina composta. Para a seleção da cor da resina composta seguindo o seguinte protocolo clínico: Secagem da superfície dos dentes com jato de ar; colocação de incrementos de diferentes cores de resina composta individualmente ou combinados (para análise do efeito da sobreposição) sobre estas superfícies; polimerização dos incrementos; hidratação dos dentes com saliva/água; e por fim, a escolha das resinas que mais se aproximassem do natural, por opinião de dois diferentes observadores. As cores escolhidas foram: Resina TPH Spectrum (Dentsply) A1 e Resina Filtek Z350 XT (3M ESPE) A1E.

Figura 5 – Ionômero de vidro após uma semana.



(Figura 5)

Em seguida, foi realizado isolamento absoluto modificado do canino esquerdo ao canino direito, associado à inserção de fio retrator nº 000 (Ultrapack, Ultradent) nos dentes 11 e 12 embebidos em solução hemostática (Hemostop, Dentsply), seguido de nova profilaxia com pasta de pedra pomes e água e escova de Robson.

Figura 6 – A: Isolamento absoluto modificado do canino esquerdo ao canino direito; **B, C:** inserção de fio retrator nº 000 (Ultrapack, Ultradent) nos dentes 11 e 12 embebidos em solução hemostática (Hemostop, Dentsply).



(Figura 6A)



(Figura 6B)



(Figura 6C)

Posteriormente, foi realizado condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem com água e secagem com jato de ar com proteção da dentina, quando exposta, para que não haja colapso das fibras colágenas, sobrepondo-se uma sobre as outras, causando uma união deficiente dos sistemas adesivos¹⁶. Por isso é importante a secagem seletiva do dente, permitindo que as fibras colágenas permaneçam úmidas e que ocorra uma boa difusão dos monômeros e formação de uma camada híbrida de adesão¹⁶.

Figura 7 – A: Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 30 segundos no esmalte; **B:** Condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 15 segundos na dentina.



(Figura 7A)



(Figura 7B)

Terminado o condicionamento, protegeram-se os dentes vizinhos com fita para isolamento (Isotape – TDV) e foi realizada a aplicação de sistema adesivo (Single Bond 2.1, 3M ESPE) de forma ativa friccionando com microbrush por 20 segundos (Figura 8); aplicação de um leve jato de ar por 5 segundos para volatilização do solvente, e fotoativação com aparelho fotopolimerizador (KAVO).

Figura 8 - Aplicação de sistema adesivo (Single Bond 2.1, 3M ESPE).



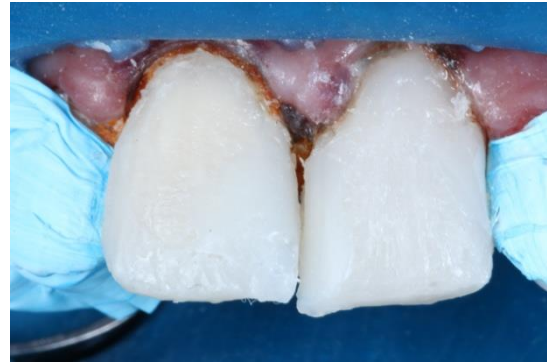
(Figura 8)

Após o procedimento adesivo, realizou-se o recobrimento vestibular dos incisivos e dos caninos com resinas TPH Spectrum (Dentsply) A1 e Resina Filtek Z350 XT (3M ESPE) A1E.

Figura 9 – A: Recobrimento vestibular dos incisivos e dos caninos com resinas TPH Spectrum (Dentsply) A1 e **B:** Resina Filtek Z350 XT (3M ESPE) A1E.



(Figura 9A)



(Figura 9B)

Finalizado o processo restaurador, realizou-se o acabamento com pontas diamantadas e ajustes oclusais. Nessa etapa, também foi realizado o polimento com tiras de acabamento proximal, discos de lixa (Sof-Lex Pop On, 3M ESPE) (Figuras 10A, 10B, 10C, 10D), e taça de borracha impregnada com pasta diamantada (Diamond Universal – Maquira).

Figura 10: A, B, C, D: Polimento com discos de lixa (Sof-Lex Pop On, 3M ESPE) **E:** Após polimento com taça de borracha impregnada com pasta diamantada (Diamond Universal – Maquira).



(Figura 10A)



(Figura 10B)



(Figura 10C)



(Figura 10D)



(Figura 10E)

Figura 11 – Resultado final imediatamente após o acabamento e polimento.



3 DISCUSSÃO

Antes de iniciar os procedimentos restauradores para restabelecer a função e a estética dos elementos dentários comprometidos por cárie é necessário seguir princípios de promoção de saúde baseados em critérios científicos que buscam devolver ao paciente o padrão ecológico do meio bucal, através de procedimentos que controlem a colonização microbiana cariogênica e reduzem fatores retentivos de placa bacteriana⁴.

Medeiros⁸ preconiza que é necessário remover a maior quantidade possível de tecido cariado, realizar uma profilaxia criteriosa, bochechos com soluções antimicrobianas, aplicação de substâncias cariostáticos nas lesões e selamento provisório com cimentos de ionômero de vidro. Pois, evidências demonstram que, Medeiros⁸ “quando a doença cárie apresenta lesões cavitadas, o número de colônias microbianas aumenta significativamente, pois as lesões cavitadas oferecem tudo aquilo que é necessário para manter seu ciclo vital. Dessa forma, ao compararmos o número de unidades formadoras de colônias de estreptococos do grupo *mutans* e de *lactobacillos* em pacientes sem lesões cavitadas e com lesões cavitadas, observamos uma superioridade para aqueles pacientes que apresentam lesões cavitadas”^{4,8}.

Serra et al⁹ aconselham que antes dos procedimentos cirúrgico – restauradores deve-se realizar a adequação do meio bucal e o controle da doença cárie. Recomendando que: “(...) Antes de exigir do indivíduo um controle efetivo de placa, é preciso remover os fatores ou nichos que favoreçam sua retenção, tais como cavidades abertas e restaurações deficientes.”^{4,9}.

O primeiro procedimento para atenuar a quantidade de microrganismos cariogênicos na boca é a remoção de nichos retentivos através de escavação em massa das cavidades e selamento com materiais provisórios^{1, 10}.

O selamento provisório de cavidades com cimento de ionômero de vidro é devido principalmente às suas propriedades de biocompatibilidade, adesão á estrutura dentária, liberação de fluoretos e cariostase¹¹. A elevação do teor de flúor na saliva diminui o número de colônias de estreptococos mutans e lactobacilos na boca¹¹. Quando o ionômero de vidro está presente, o processo de desmineralização

favorece a liberação de flúor, permitindo sua incorporação na estrutura dental, durante o processo de remineralização, tornando a estrutura dental mais resistente^{1,11}.

Na realização de restaurações, os profissionais podem lançar mão de vários tipos de resina composta para replicar a complexidade de cores e formas dos dentes naturais⁵.

Há uma grande dificuldade por parte do cirurgião-dentista na seleção das cores das resinas compostas provavelmente pela dificuldade de compreender os diferentes fenômenos de difusão da luz entre o dente e a resina composta¹⁵. Para reduzir a taxa de insucesso e facilitar a prática clínica do cirurgião-dentista, sugere-se, como descrito no caso clínico, realizar ensaios restauradores, feitos com a polimerização de pequenos incrementos sobre o dente do paciente após uma boa profilaxia com pedra pomes e água, para retirar possíveis alterações cromáticas extrínsecas e superficiais que possam vir a mascarar a verdadeira cor do dente, com iluminação natural, analisando sob diferentes ângulos e perspectivas¹⁵.

Na hora de escolher a cor da resina composta para mimetizar a cor do elemento dental é necessário levar em consideração o: Matiz (que é o nome da cor^{17, 18}. E que segundo Munsell. A. H.²¹ é qualidade pela qual distinguimos uma família de cores da outra); Valor (denominado também como luminosidade; o que distingue uma cor clara de uma cor escura; é a dimensão que dá vida ao dente²⁰; quanto maior a quantidade de pigmentos claros, maior o valor e conseqüentemente maior o brilho e a luminosidade; das três dimensões o valor é o mais importante, pois se o valor estiver correto não serão notadas sutis diferenças no matiz e/ou croma, mas o inverso não ocorre²³.); e Croma (também chamado de saturação, distingue uma cor forte de uma cor fraca²¹). Chiche, G.²² sugere escolher primeiro o matiz, depois valor e por último o croma.

A dentina possui pouca quantidade de conteúdo mineral e uma elevada proporção de substâncias orgânicas, que confere certa opacidade; é o fator mais

importante na determinação da cor do dente²³. Por outro lado, o esmalte possui alto conteúdo mineral e juntamente com disposição dos cristais de hidroxiapatita torna o esmalte um tecido duro, friável, translúcente e radiodenso²⁴. Variando suas características ópticas de acordo com a espessura, apresentando maior espessura no terço incisal e mais delgado no terço cervical²⁵.

O recontorno estético com facetas de resina composta apresenta algumas vantagens: Técnica rápida, segura e eficaz; permitem reparos ao material restaurador; menor custo em relação às cerâmicas; dispensam etapas de laboratório e não requerem provisório, nem moldagem^{5, 6,7}.

4. CONCLUSÃO

Podemos concluir que é de suma importância realizar a adequação do meio bucal, controle da dieta e motivação do paciente com sua higienização bucal antes de realizar procedimentos restauradores definitivos, pois, apesar da melhora nas propriedades físico químicas dos materiais restauradores e sistemas adesivos, o êxito no restabelecimento da função e da estética só é possível quando é realizado um controle efetivo em toda a cadeia do procedimento restaurador.

REFERÊNCIAS

1. Reis, B. F. Adequação do Meio Bucal e Promoção de Saúde em Odontopediatria. ISSN 2175-7224 - © 2009/2010 - Universidade Santa Cecília.
2. Neto, L. Restabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico. ISSN 1518-4889 – ano 10, número 20, jan/mar 2011.
3. Silva, F. W. G. P. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. Odontol. Clín.-Cient. Recife, 10 (1) 13 - 17, jan./mar., 2011.
4. Silveira, J. L. G. C. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. Pesqui Odontol Bras 2002; 16(2): 169-174.
5. Cardoso, P. C. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos. ISSN 1981-3708.
6. Baratieri, L.N.; Monteiro, Jr. S.; Andrada, M. A. C.; Vieira, L. C. C.; Ritter, A. V.; Cardoso, A. C. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Ed. Santos; 2001.
7. Mangani, F.; Cerutti, A.; Putignano, A.; Bollero, R.; Madini, L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. Eur J Esthet Dent. 2007; 2(2): 188-209.
8. Medeiros, U. V. Controle da doença cárie. In: Galan J, Namen FM. Dentística restauradora. O essencial para o clínico. São Paulo: Santos; 1998. p. 8-47.
9. Serra, M.C.; Pimenta, L. A. F., Paulillo, L. A. M. S. Dentística e manutenção de saúde bucal. In: Kriger L. ABOPREV. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997.p. 203-49.
10. CARVALHO, R. M. Ionômero de vidro, MAXODONTO, Dentística, V.1, Faz 5, p. 6-10, st/out – 1995.

11. NAVARRO, M. F. L., et al; Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. Ver. MAXI-ODONTO, Dentística, V. 1,4, p. 1 – 35. Jul/ago – 1995.
12. Massara, M. L. A., Diniz, A. P. V.; Souki, B. Q.; Noronha, J. C. A importância do selamento provisório de lesões cavitadas na fase de adequação da criança ao tratamento odontológico. Rev CROMG. 1997; 3: 114-21.
13. Carvalho, R. M. Ionômero de vidro. Maxi-Odonto Dentística. 1995; 1: 1-42.
14. Baratieri, L. N. et. Al. Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. 1 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
15. Garner, J. K. Building a successful cosmetic dental practice. Dent Today. 1994; 13(8): 46-8.
16. Sundfeld, R. H., et al apostila de Dentística – Cap. 11- Proteção indireta do complexo dentino pulpar. Disciplina de Dentística – FOA – UNESP. p.14; p. 28.
17. Batista, J. G.; Martins, S. *Dinâmica da estética na odontologia*. Bauru: polaris, 1984.
18. Chiche, G.; Pinalt, A. *Estética em dentes anteriores*. Rio de janeiro: quintessence, 1996.
19. Chiche, G. *Estética em próteses fixas anteriores*. Rio de janeiro: quintessence, 1986.
20. Fontana, U. F. *Comunicação pessoal*, 2000.
21. Munsell, A. H. *A color notation*. Baltimore: munsell color co. 1936

- 22.** Chiche, A. *Estética em próteses fixas anteriores*. Rio de janeiro: quintessence, 1986.
- 23.** Preston, J. D.; Bergen, S. F. *color science and dental art. A self-teaching program*. Mosby company: london, 1980. 86p.
- 24.** Hegenbarth, E. A. *Sistema prático de seleção de cores em cerâmica*. Rio de janeiro: quintessence books, 1992. 107p.
- 25.** Touati, B.; Miara, P.; Nathanson, D. *Odontologia estética e restaurações cerâmicas*. São paulo: santos, 2000.