

Reanatomização dental pela técnica direta com guias de silicone: relato de caso clínico

- **Anna Caroliny Detogni** Curso de Odontologia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel, PR, Brasil
- **Ediana Amanda Piana** Curso de Odontologia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel, PR, Brasil
- **Ana Paula Gadonski** Departamento de Prótese e Periodontia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Piracicaba, SP, Brasil
- **Veridiana Camilotti** Departamento de Dentística Restauradora, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel, PR, Brasil

RESUMO | A reanatomização dental tem se tornado um procedimento de elevada relevância no dia a dia odontológico, uma vez que inconformidades com a aparência estética do sorriso estão cada vez mais frequentes. Para sua realização, várias técnicas e materiais estão disponíveis, dentre os quais restaurações cerâmicas, como lentes de contato, facetas e coroas, além das restaurações em resinas compostas. Estas se destacam por sua abordagem minimamente invasiva, proporcionando características ópticas e mecânicas favoráveis à estrutura dental, as quais permitem a reprodução das características dos tecidos dentais naturais, tais como translucidez e opacidade, além de garantir longevidade às restaurações. Várias técnicas podem ser empregadas para a realização da reanatomização com a resina composta, dentre as quais podemos destacar a técnica direta, com o uso de guias de silicone. Assim, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico realizado na Clínica de Odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, por meio do uso das guias de silicone vestibular e palatina para o restabelecimento estético dos dentes anteriores superiores, visando a ressaltar sua confecção laboratorial, aplicação clínica e as vantagens de seu uso.

DESCRITORES | Odontologia; Estética Dental; Reabilitação; Materiais Dentários.

ABSTRACT | **Aesthetic dental restoration using direct technique with silicone guides: clinical case report** • Aesthetic dental restoration has become a highly relevant procedure in dentistry routine, since non-conformities with the aesthetic appearance of the smile are more and more frequent. For such, several techniques and materials are available, including ceramic restorations such as contact lenses, veneers and crowns, in addition to composite resin restorations. Composite resins stand out for their minimally invasive approach, providing favorable optical and mechanical characteristics to the dental structure, which allow to reproduce the characteristics of natural dental tissues, such as translucency and opacity, in addition to ensuring longevity to restorations. Several techniques can be used to perform aesthetic dental restorations with composite resin, among which we can highlight the direct technique through use of silicone guides. Thus, this study presents a clinical case report carried out at the Dentistry Clinic of the Western Paraná State University, wherein vestibular and palatal silicone guides were used for the aesthetic restoration of the upper anterior teeth, to emphasize their laboratory manufacture and clinical application, as well as the advantages of its use.

DESCRIPTORS | Dentistry; Dental Esthetic; Rehabilitation; Dental Materials.

AUTOR CORRESPONDENTE | **Anna Caroliny Detogni** Universidade Estadual do Oeste do Paraná • Rua Universitária, 1.619 Bairro Universitário, Cascavel, PR, Brasil • 85819-110 E-mail: annadetogni456@gmail.com

- **Recebido** 30 Jun, 2020 • **Aceito** 30 Ago, 2020
- **DOI** <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2357-8041.clrd.2019.171848>

INTRODUÇÃO

Restaurações estéticas anteriores em resina composta são essenciais na odontologia moderna, uma vez que os dentes anterossuperiores desempenham papel fundamental na estética dental.^{1,2} Dentes naturais previamente restaurados ou submetidos ao tratamento ortodôntico podem apresentar deficiências estéticas.³ Dentre essas, queixas com relação a alterações de cor, diastemas, discrepâncias de tamanho entre dentes e desgastes fisiológicos são as comumente relatadas pelos pacientes e observadas clinicamente.⁴ Para solução de tais inconformidades, a reanatomização dental pode ser realizada.³

Restaurações em cerâmica podem ser consideradas para a reanatomização do segmento dentário anterior, devido a sua capacidade de mimetizar as propriedades biomecânicas, a estética e a integridade estrutural do dente hígido.⁵ No entanto a busca pela melhora do sorriso nem sempre deve levar a soluções invasivas, como facetas ou coroas, uma vez que o desgaste oriundo desses tratamentos pode acarretar impacto negativo sobre o comportamento biomecânico a longo prazo dos dentes restaurados, bem como sobre o custo do tratamento.³ Assim, as restaurações adesivas diretas em resina composta se tornaram uma opção de tratamento por serem seguras e conservadoras, com obtenção de resultados satisfatórios do ponto de vista estético e funcional.⁶

O aprimoramento da técnica do condicionamento ácido em esmalte e dentina, com o surgimento de novos sistemas adesivos, aliado ao desenvolvimento das resinas compostas, permitiu a obtenção de restaurações em dentes anteriores mais próximas ao natural, uma vez que os sistemas de resina composta oferecem várias tonalidades que permitem mimetizar as variações de opacidade e translucidez dentária, promovendo a replicação das propriedades ópticas do esmalte e dentina combinados.^{2,7} Com isso, a técnica de reanatomização por meio de facetas diretas em resina consiste em um procedimento conservador, exigindo mínimo desgaste da estrutura dental quando comparado ao uso das restaurações indiretas

em cerâmica, melhorando assim o comportamento biomecânico dos dentes envolvidos.⁴

Diferentes abordagens restauradoras diretas podem ser consideradas para a reanatomização de dentes anteriores, tais como a inserção de resina composta direta à mão livre sobre a superfície dentária, coroas pré-contornadas ou, ainda, o uso de guias de silicone empregadas de modo a orientar o profissional na obtenção de forma e contorno adequados para os dentes a serem restaurados.⁸ A execução da técnica à mão livre demanda maior conhecimento teórico-prático por parte do clínico, principalmente com relação aos valores de dimensão média dos dentes, ou seja, proporção entre largura e altura dentária, para detecção e correção de desarmonias estéticas. O uso da matriz ou guia de silicone vestibular e palatina exige maior número de sessões clínicas, pois um modelo de trabalho é necessário para que seja realizado o enceramento e, posteriormente, a guia seja confeccionada sobre ele. Esta, porém, permite a previsibilidade quanto ao formato e tamanho dos dentes, o que facilita a execução do tratamento restaurador e reduz o tempo clínico. Ademais, permite o estabelecimento de contornos incisais e proximais com maior precisão, reduzindo a proporção de excessos e o tempo clínico necessário para a execução das etapas de acabamento e polimento.⁹⁻¹²

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de reabilitação estética anterior por meio de técnica minimamente invasiva, em que uma abordagem restauradora direta com o uso de guias de silicone e resinas compostas foi empregada para remodelação dos elementos dentais.

RELATO DE CASO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste (CAAE: 33469119.5.0000.0107). Paciente do gênero feminino, 58 anos, melanoderma, compareceu à Clínica de Odontologia da Unioeste, mostrando-se insatisfeita com a aparência estética do seu sorriso.

Planejamento estético

Por meio do exame clínico, observou-se que a queixa relatada pela paciente estava relacionada a restaurações estéticas previamente realizadas, as quais encontravam-se infiltradas, com alterações em seu contorno, de modo que determinados elementos apresentavam áreas de maior convexidade, além de manchamento e alterações no padrão de tamanho entre os incisivos centrais e laterais superiores (Figura 1). Para a análise e planejamento deste caso, além do exame clínico, realizaram-se exame radiográfico e fotografias intra e extraorais.



Figura 1 | Aspecto inicial do sorriso da paciente.

Confecção das restaurações provisórias e do modelo de trabalho

Inicialmente, a profilaxia e a seleção de cores foram realizadas. Depois, foram demarcadas, na superfície vestibular de cada dente, as áreas de maior convexidade e irregularidade com uso de lápis, que serviram como guia para a realização de um desgaste. O desgaste foi executado com uma broca multilaminada cônica 12 lâminas (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil), em alta rotação, com intuito de resgatar o correto contorno superficial dos elementos dentários, de acordo com sua anatomia individual. As restaurações antigas insatisfatórias em resina composta foram removidas, em seguida, realizou-se extração de tecido cariado, preparos cavitários com brocas carbides esféricas multilaminadas (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil) e desgaste da borda incisal de ambos os incisivos laterais com ponta diamantada em formato de chama (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil) para regularizar o tamanho destes em relação aos incisivos centrais

(Figura 2). O procedimento restaurador provisório foi iniciado com a aplicação do ácido fosfórico a 37% (Condac 37, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos em esmalte e 15 em dentina, e tempo posterior de lavagem de 60 segundos. Depois, o sistema adesivo (Single Bond Universal, 3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil) foi aplicado conforme as instruções do fabricante sobre a superfície dentária.

A resina composta de escolha para as restaurações provisórias foi a Filteck Universal A2 (3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil), inserida em técnica incremental com auxílio de espátulas Almore (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e Thompson (Prisma, São Bernardo do Campo, SP, Brasil), acomodada sob as cavidades por meio da técnica da matriz dinâmica, empregada com tiras de poliéster (K-Dent, Joinville, SC, Brasil). Cada incremento foi fotoativado, inicialmente, (Fotopolimerizador Bluephase N, Ivoclar Vivadent, Schaan, Lieschtenstein) durante 20 segundos e, ao final, por mais 40 segundos. O acabamento e o polimento imediato foram feitos com uso de brocas multilaminadas 30 lâminas (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil), tiras de lixa nas proximais, discos abrasivos de granulação fina e discos de feltro sobre toda a superfície dentária (Kit TDV, Pomerode, SC, Brasil) (Figura 3). Ao final, realizou-se uma moldagem em alginato para obtenção de um modelo de trabalho em gesso e posterior realização do enceramento, a partir do qual as guias de silicone vestibular e palatina foram adquiridas. Para isso, a arcada dentária superior foi moldada com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil), utilizando-se moldeiras de estoque metálicas (Tecnodont, Indaiatuba, São Paulo, Brasil). O alginato foi empregado de acordo com as instruções do fabricante, seguindo a proporção de 1:1 entre pó e líquido, e espatulado vigorosamente durante 30 segundos. Posteriormente ao procedimento de moldagem e obtenção dos moldes, procedeu-se a confecção dos modelos, que foram vazados em gesso pedra comum tipo III (Asfer, Indústria Química Ltda., São Caetano do Sul, SP, Brasil).

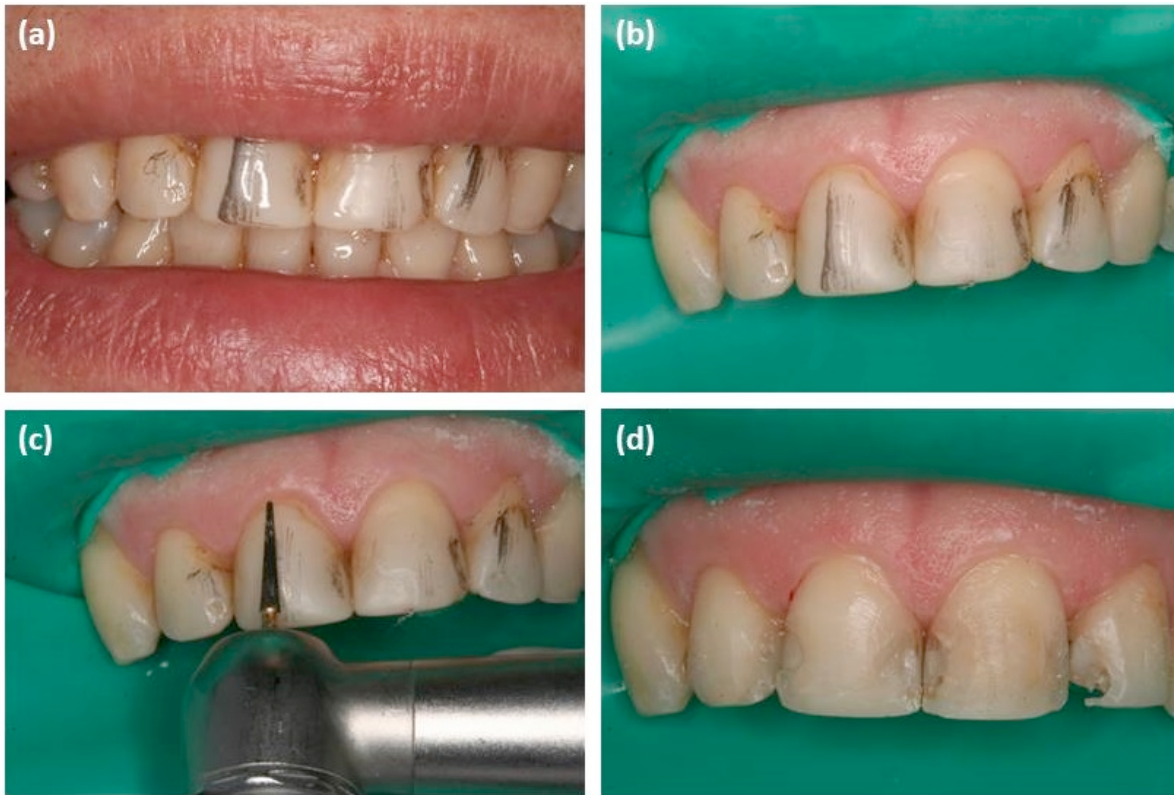


Figura 2 | (a) Demarcações das áreas de maior convexidade e irregularidade; (b) isolamento absoluto modificado do campo operatório; (c) desgaste das regiões demarcadas; e (d) aspecto final após a realização dos preparos para confecção das restaurações provisórias.



Figura 3 | Restaurações provisórias confeccionadas.

Enceramento diagnóstico e obtenção das guias de silicone

O modelo de trabalho foi enviado ao laboratório de prótese dentária para a realização do enceramento diagnóstico (Figura 4). Depois, procedeu-se a etapa de obtenção das guias de silicone. Cada guia foi confeccionada individualmente. Para este fim, o silicone de adição de alta viscosidade (Scan Putty Denso, Yllor,

Pelotas, RS, Brasil) foi proporcionado conforme as recomendações do fabricante, seguindo a proporção de 1:1, com manipulação durante 60 segundos. Posteriormente, o material foi acomodado sobre a região vestibular do enceramento, para obtenção da guia de orientação vestibular. Ao final da reação de presa, a guia foi removida e recortes para remoção de excesso do material na região cervical foram realizados com o uso de lâmina de bisturi nº 15 (Solidor, Santo Amaro, SP, Brasil). Ademais, alívios foram realizados internamente nas regiões das ameias interproximais da região com auxílio de fresa maxicut montada em peça de mão (Komet Brazil, Santo André, SP, Brasil), com o objetivo de facilitar sua posterior inserção em boca e permitir espaço adequado para acomodação do material restaurador. Em seguida, o mesmo procedimento foi realizado para obter a guia palatina (Figura 5).



Figura 4 | Encerramento diagnóstico.

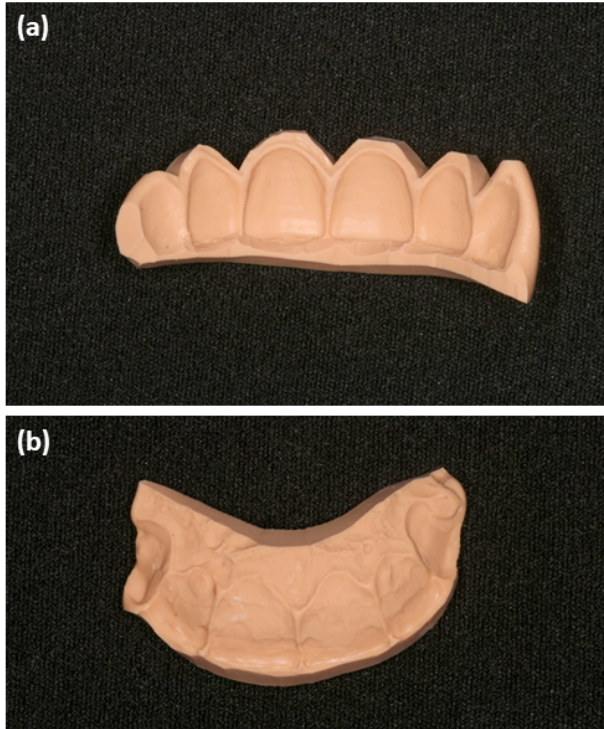


Figura 5 | (a) Guia de silicone vestibular; (b) guia de silicone palatina.

Confeção das restaurações definitivas

Realizou-se, inicialmente, uma profilaxia com pedra-pomes e água, e procedeu-se a uma nova seleção de cor com posterior isolamento absoluto modificado do campo operatório. Posteriormente, removeram-se as restaurações provisórias e, em seguida, o condicionamento com ácido fosfórico 37% (Condac 37, FGM, Joinville, SC, Brasil), lavagem com água por 60 segundos, secagem e aplicação do sistema

adesivo (Single Bond Universal, 3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil), fotoativação (Fotopolimerizador Bluephase N, Ivoclar Vivadent, Schaan, Lieschtenstein) por 20 segundos e posterior aplicação de um agente opacificador de cor A1 (Kolor + Plus, Kerr, Joinville, SC, Brasil) (Figura 6). A resina composta para esmalte Z350 A2 (3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil) foi então acomodada na guia de silicone nas regiões incisais e proximais dos dentes 11 e 22, em uma espessura de aproximadamente 0,5 mm (Figura 7). Posteriormente, posicionou-se a guia na porção palatina dos elementos dentários e a fotoativação foi realizada por 40 segundos em cada incremento separadamente. Em seguida, o mesmo procedimento foi realizado nos dentes 21 e 12 (Figura 8).



Figura 6 | (a) Agente opacificador utilizado; (b) aplicação do agente opacificador nas superfícies vestibulares.

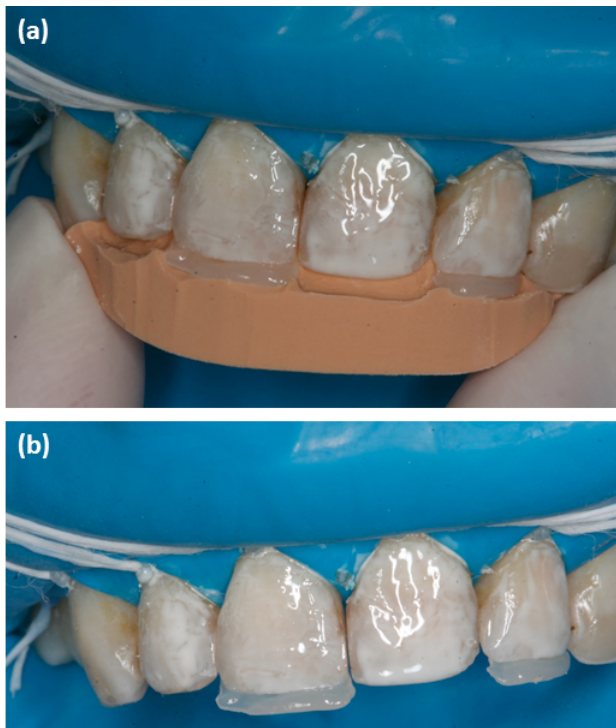


Figura 7 | (a) Posicionamento da guia de silicone palatina contendo resina de esmalte na região incisal dos dentes 11 e 22; (b) aspecto dos dentes 11 e 22 após a fotopolimerização da resina composta.



Figura 8 | Aspecto dos dentes 11, 12, 21 e 22 após a confecção da borda incisal por meio da guia de silicone palatina.

Na face vestibular dos dentes 12, 11, 21 e 22, inseriu-se uma camada de resina composta de dentina Z350 A2 (3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil) para uniformizar a cor (Figura 9). Na sequência, nos dentes 12 e 21, aplicou-se uma camada de resina composta Z350 CT (3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil) na incisal e

no restante da superfície resina composta de esmalte Z350 A2 (3M Espe, São José do Rio Preto, SP, Brasil). Para obter o formato e o contorno adequados preestabelecidos no enceramento do modelo de trabalho, antes da fotoativação, a tira veda-rosca (Tigre, Manaus, AM, Brasil) foi aplicada na superfície vestibular desses dentes e, então, a guia de silicone da face vestibular foi posicionada, permanecendo por 10 segundos (Figura 10). A guia foi então removida, juntamente com a tira veda rosca, para posterior fotoativação dos incrementos de resina composta durante 40 segundos (Figura 11). O mesmo procedimento foi executado para os dentes 11 e 22. Depois, verificou-se a presença de pontos de contato prematuros com movimentos de protrusão e lateralidade e por meio do uso de papel carbono (Angelus, Londrina, PR, Brasil) adaptado em pinça Miller (Quinelato, Rio claro SP, Brasil), com posterior desgaste das áreas necessárias com auxílio de pontas diamantadas de granulação fina e ultrafina em alta rotação (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil). As etapas de acabamento e polimento imediato foram executadas por meio do uso de brocas multilaminadas 30 lâminas (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil), tiras de lixa nas proximais, discos abrasivos de granulação fina e discos de feltro (Kit TDV, Pomerode, SC, Brasil).



Figura 9 | Aplicação da resina de dentina nos dentes 11,12, 21 e 22.

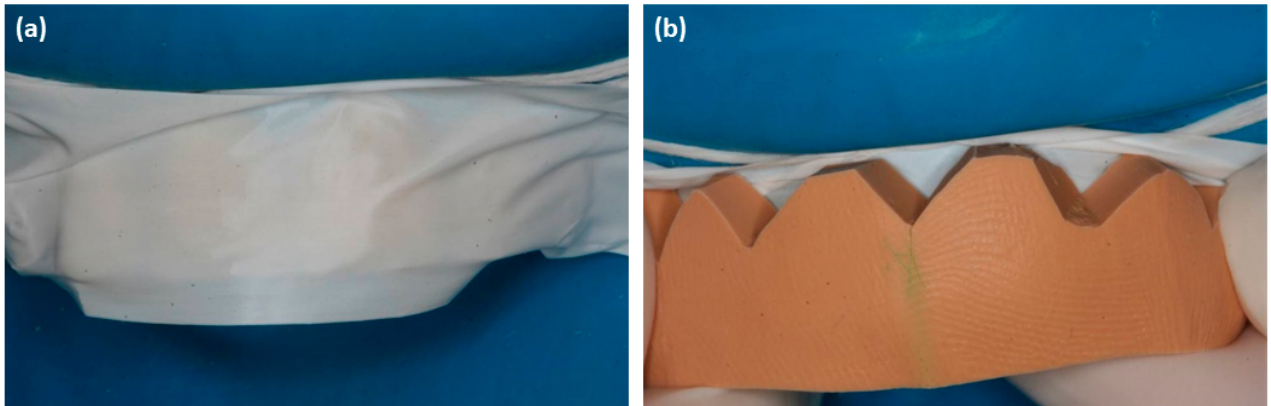


Figura 10 | (a) Posicionamento da fita veda rosa sobre a superfície vestibular após a aplicação de resina de esmalte nos dentes 12 e 21; (b) posicionamento da guia de silicone vestibular.

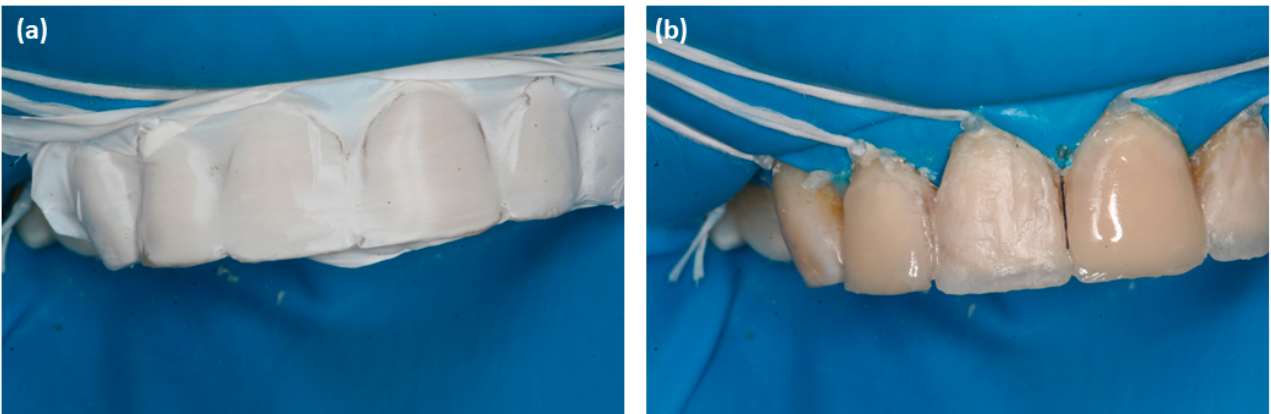


Figura 11 | (a) Aspecto da fita veda-rosca após remoção da guia; (b) aspecto da superfície vestibular dos dentes 12 e 21 após a remoção da guia.

Acabamento e polimento

Sete dias após a confecção das restaurações definitivas, as etapas de acabamento e polimento foram realizadas com auxílio de brocas multilaminadas (FG, Microdont, São Paulo, SP, Brasil), borrachas abrasivas (KG Sorensen, São Paulo, SP, Brasil), discos abrasivos de granulação fina e disco de feltro (Kit TDV, Pomerode, SC, Brasil), a fim de proporcionar brilho e lisura às restaurações confeccionadas, possibilitando a obtenção de um aspecto natural e similar à textura do esmalte dos dentes adjacentes (Figura 12). O aspecto final do sorriso da paciente, sete dias depois da sessão de acabamento e polimento, pode ser observado na Figura 13.

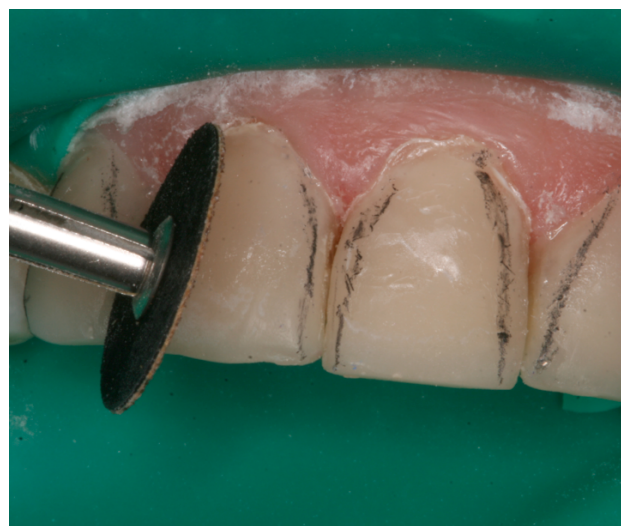


Figura 12 | Acabamento das restaurações definitivas.



Figura 13 | Aspecto final do sorriso da paciente após o tratamento restaurador definitivo.

DISCUSSÃO

Várias técnicas e materiais podem ser indicados para a reanatomização de dentes anteriores, dentre os quais restaurações cerâmicas e facetas diretas em resina composta. Entretanto a escolha pelo uso de peças totalmente cerâmicas para esses casos, como já descrito anteriormente, consiste em um tratamento mais invasivo que pode apresentar um impacto negativo sobre a longevidade dos elementos dentais, bem como sobre o custo do tratamento.^{3,7} As facetas diretas em resina composta, por outro lado, promovem maior preservação da estrutura dental, custo inferior e permitem obter uma estética satisfatória.¹³

As técnicas restauradoras diretas em resina composta apresentam grande demanda na odontologia atual devido a vários fatores, dentre os quais o aprimoramento dos sistemas adesivos, melhorias nas propriedades físicas dos compósitos, garantindo adequada resistência e polimento, e a ênfase na odontologia de mínima intervenção para maior preservação dos tecidos dentários hígidos.¹⁴ Com essas melhoras nos materiais, as restaurações passaram a apresentar propriedades físicas e mecânicas que garantem uma adequada longevidade. O estudo de Loomans et al.¹⁵ acompanhou 1.256 restaurações diretas em resina composta durante um período de três a cinco anos, que foram realizadas em pacientes com desgaste dental severo. De acordo

com seus resultados, as restaurações realizadas apresentaram um bom desempenho clínico e o número de falhas foi limitado, concluindo assim que restaurações diretas em resina composta podem ser realizadas em pacientes com desgaste dental severo, apresentando uma adequada atuação a longo prazo.¹⁵

Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar a inserção e estratificação da resina composta em dentes anteriores, dentre as quais o uso de vários tipos de coroas pré-contornadas e matrizes de celulose. Recentemente, uma nova técnica tem sido utilizada para facilitar os procedimentos anteriores diretos em resina composta: o uso da guia de silicone. Essa técnica facilita a estratificação da resina composta e a obtenção do contorno das restaurações, uma vez que o procedimento clínico é realizado por meio das guias palatina/lingual e vestibular. O uso destas fornece várias vantagens. De forma semelhante às coroas de poliéster, as guias de silicone permitem o alcance do formato desejado da restauração sem grandes quantidades de excesso do material, resultando em um acabamento mínimo e permitindo maior previsibilidade do resultado restaurador.^{13,16}

Além disso, de acordo com Denehy,¹⁴ o uso das guias, principalmente da palatina, facilita a determinação do comprimento dentário e a confecção do halo incisal, com a incorporação das características de translucidez e opalescência adequadas de cada área da estrutura dental. Ademais, permite ainda a rápida estratificação das camadas multicromáticas de uma restauração em espessuras adequadas, de forma a permitir a opacidade da dentina e translucidez do esmalte subjacente. Uma das principais desvantagens dessa técnica, entretanto, seria a confecção da guia,¹⁴ uma vez que esta precisa ser construída de forma adequada para desempenhar suas funções, reproduzindo fielmente os contornos e comprimentos desejados e preestabelecidos no processo de enceramento. No entanto essas dificuldades podem

ser superadas com o auxílio da técnica à mão livre em determinadas regiões, em que cada porção de resina composta é inserida de forma incremental e fotopolimerizada, sem o auxílio da guia de silicone.¹⁶

Dessa forma, o caso retratado demonstra que o tratamento reabilitador por meio de facetas diretas em resina composta, realizadas com o auxílio das guias de silicone, pode ser considerado uma alternativa ao tratamento executado com peças cerâmicas, promovendo uma estética adequada, devido a sua capacidade de modular a cor e forma dos dentes, sem, contudo, desgastá-los excessivamente, preservando a estrutura dentária hígida.

CONCLUSÃO

A técnica direta para confecção de facetas em resina composta, por meio do uso das guias de silicone vestibular e palatina, consiste em uma alternativa relevante para a reanatomização e restabelecimento estético de dentes anteriores, promovendo harmonia no sorriso e longevidade adequada das restaurações, integrando os princípios da odontologia de mínima intervenção.

CONFLITO DE INTERESSE

As autoras declaram não haver qualquer tipo de conflito de interesse neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Romero MF. Esthetic anterior composite resin restorations using a single shade: step-by-step technique. *J Prosthet Dent.* 2015;114(1):9-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2015.02.013>.
- Netto L, Reis R. Restabelecimento estético funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico. *Rev Dent Online.* 2011;10(20):50-3.
- Dietschi D. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. *Eur J Esthet Dent.* 2008;3(1):14-29.
- Rodrigue SDV, Argolo S, Cavalcanti AN. reanatomização dental com resina composta: relato de caso. *Rev Bahiana Odont.* 2014;5(3):182-92.
- Perdigão J, Sezinando A, Muñoz MA, Luque-Martinez IV, Loguercio AD. Prefabricated veneers: bond strengths and ultra-morphological analyses. *J Adhes Dent.* 2014;16(2):137-46. doi: <https://doi.org/10.3290/j.jad.a30689>
- Cardoso PC, Gondo R, Vieira LCC, Andrada MAC. Princípios estéticos para reanatomização de dentes anteriores pós-tratamento ortodôntico: relato clínico. *Int J Braz Dent.* 2006;2:32-7.
- Romero MF, Haddock FJ, Freitas AG, Brackett WW, Brackett MG. Restorative technique selection in class IV direct composite restorations: a simplified method. *Oper Dent.* 2016;41(3):243-8. doi: <https://doi.org/10.2341/15-158-T>
- Silva GR, Waechter DM, Martins LRM, Barreto BCF, Soares CJ. Técnicas restauradoras para fraturas coronárias de dentes anteriores traumatizados. *Cient Ciênc Biol Saúde.* 2012;14(4):251-6.
- Basso KCFJ, Pedro FLM, Barros YBAM, Silva MB, Tavarez RRJ, Andrade MF et al. Planning and clinical strategy in direct composite restoration. *Sci J Dent.* 2014;1:35-7.
- Hirata R, Pacheco JF. Cor e forma: conceito aplicado com resina composta em dentes posteriores. *Dent Gaúcho.* 2001;8(3):24-8.
- Silva FP, Reis GR, Vilela ALR, Menezes MS. Reabilitação estética de dente fraturado: relato de caso. *Full Dent. Sci.* 2015;6(22):249-55.
- Mishra A, Yeluri R, Garg N, Rallan M. Putty silicone as a guide in the restorative management of primary double tooth: a case report. *Ann Dent Spe.* 2015;3(1)21-3.
- Silva W, Chimeli T. Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. *Rev Dent Online.* 2011;10(21):41-3.
- Denehy, GE. Simplifying the class IV lingual matrix. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17(5):312-9. doi: 10.1111/j.1708-8240.2005.tb00137.x
- Loomans BAC, Kreulen CM, Huijs-Visser HECE, Sterenberg BAMB, Bronkhorst EM, Huysmans MCDNJM et al. Clinical performance of full rehabilitations with direct composite in severe tooth wear patients: 3.5 years results. *J Dent.* 2018;70:97-103.
- Felippe LA, Monteiro JRS, De Andrada CAC, Ritter AV. Clinical strategies for success in proximoincisor composite restorations. Part II: composite application technique. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17(1):11-21. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1708-8240.2005.tb00077.x>