

## Reabilitação estética e funcional de paciente com erosão ácida: relato de caso

### Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with acid erosion: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n4-077

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

#### **Vanessa Tamirys Merlo**

Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Instituição: Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Endereço: Rua Aimorés, 1421/202, Capanema – PR, CEP: 85760-000

E-mail: vanessatmerlo@hotmail.com

#### **Leonardo Pereira**

Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Instituição: Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Endereço: Rua Aimorés, 1421/202, Capanema – PR, CEP: 85760-000

E-mail: leonardohpereira99@gmail.com

#### **Maiara Giongo Dotto**

Mestre em Odontologia Integrada

Instituição: Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Endereço: Avenida União da Vitória, 14, Francisco Beltrão – PR, CEP: 85605-040

E-mail: maiara.giongo@unisep.edu.br

#### **Sandriane Moreno**

Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde

Instituição: Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Endereço: Avenida União da Vitória, 14, Francisco Beltrão – PR, CEP: 85605-040

E-mail: sandriane@unisep.edu.br

#### **Emyr Stringhini Junior**

Pós-Doutorado em Odontopediatria

Instituição: Centro Universitário UNISEP (CEUUN)

Endereço: Avenida União da Vitória, 14, Francisco Beltrão – PR, CEP: 85605-040

E-mail: emyr@unisep.edu.br

#### **RESUMO**

A erosão dentária é uma doença multifatorial e influenciada por hábitos pessoais e estilos de vida. Ela é caracterizada pela perda progressiva de tecido dentário devido a processos químicos sem envolvimento bacteriano. Os fatores desencadeantes desta alteração podem ser provenientes de fontes extrínsecas (frutas e bebidas ácidas e comprimidos de vitamina C) ou intrínsecas (vômitos recorrentes resultantes de distúrbios psicológicos, fisiológicos ou alimentares). O tratamento da erosão inicia-se pelo diagnóstico e tratamento médico e, após seu controle, a reabilitação dos dentes afetados. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de erosão dental generalizada onde foi realizado a reabilitação estética e funcional de todos os

elementos dentários acometidos com resina composta. O caso está em acompanhamento odontológico há quatro meses e a paciente apresentou melhora perceptível da saúde bucal e estética, aumento da autoestima e satisfação com o resultado.

**Palavras-chave:** erosão dentária, refluxo gastroesofágico, reabilitação bucal.

## ABSTRACT

Tooth erosion is a multifactorial disease and influenced by personal habits and lifestyles. It is characterized by progressive loss of dental tissue due to chemical processes without bacterial involvement. The triggering factors of this change may come from extrinsic sources (acid fruits and beverages and Vitamin C tablets) or intrinsic (recurrent vomiting resulting from psychological, physiological or eating disorders, anorexia and bulimia nervosa). The treatment of erosion begins with the diagnosis and medical treatment and, after its control, the rehabilitation planning of the affected teeth. The objective of this work is to present a case of generalized dental erosion where the aesthetic and functional rehabilitation of all dental elements affected by erosion was performed. The case has been under dental follow-up for four months and the patient showed noticeable improvement in oral and aesthetic health, increased self-esteem and satisfaction with the result.

**Keywords:** tooth erosion, gastroesophageal reflux, mouth rehabilitation.

## 1 INTRODUÇÃO

A cárie, por muito tempo, foi a principal doença responsável pela destruição dos tecidos dentários. Entretanto, com as constantes mudanças na sociedade, no estilo de vida e nos hábitos alimentares das pessoas surgiram outras lesões dentais, dentre elas a erosão dentária (ED).

A erosão dentária é definida como uma doença multifatorial, caracterizada pela perda progressiva e irreversível de tecido dentário, devido a processos químicos onde não há envolvimento bacteriano (PACE *et al.*, 2008; CARIÚS, 2019).

Os fatores desencadeantes desta alteração podem ser provenientes de fontes extrínsecas e intrínsecas ou pela combinação das duas (SANTOS, 2006; PACE *et al.*, 2008). As fontes extrínsecas incluem o consumo de alimentos ácidos, como frutas e bebidas, e comprimidos de vitamina C. Dentre as intrínsecas estão o vômito recorrente, resultante de distúrbios alimentares e psicológicos, como anorexia e bulimia nervosa, ou a regurgitação de conteúdos gástricos, decorrentes de alguma anormalidade do trato gastroesofágico (RAMACHANDRAN; KHAN; VAITHEESWARAN, 2017).

Ramachandran, Khan e Vaitheeswaran (2017) e Farahmand *et al.* (2013) compararam a erosão dentária em pacientes com e sem doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e em ambos estudos houve associação com diferença estatisticamente significativa.

A erosão ácida dentária devido aos transtornos gastrointestinais e a DRGE ocorrem pelo efeito do pH do ácido clorídrico, proveniente do suco gástrico, sobre a estrutura dentária, que varia de 1 a 1,5 (RAPÔSO; DA CRUZ; LOPES, 2010).

Segundo Schlueter e Tveit (2014), o contato direto da superfície dentária com ácidos ou quelantes gera o amolecimento indolor do esmalte, e quando prolongados ou repetidos podem levar a uma perda irreversível das estruturas dentárias.

A extensão do dano causado pela erosão dentária pode variar de uma pequena perda quase imperceptível do brilho da superfície, evidente em um esmalte limpo e seco, até a exposição parcial ou completa da dentina (PACE *et al.*, 2008).

Segundo Dundar e Sengun (2014), a erosão intrínseca afeta principalmente as superfícies palatinas dos dentes superiores e as superfícies oclusais dos molares inferiores, pois a língua carrega o conteúdo ácido para estas superfícies dentárias.

As características clínicas das lesões de erosão incluem exposição dentinária, hipersensibilidade, perda do brilho normal dos dentes, bordas incisais finas ou fraturadas, concavidades dentinárias bem definidas nas superfícies incisais e oclusais, perda da vitalidade pulpar devido ao desgaste dental e, proeminência da restauração em dentes restaurados com amálgama. (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010).

Para realizar o diagnóstico de erosões dentárias, uma anamnese conscienciosa e exame clínico constituem as abordagens mais precisa. Porém, as erosões dentárias somente são visíveis clinicamente após uma certa perda de substância (LUSSI; CARVALHO, 2014).

O tratamento da erosão dentária inicia pelo diagnóstico e tratamento da doença com um médico especialista. Após o diagnóstico e o controle da doença, é possível iniciar a reabilitação dos elementos afetados (BARRON *et al.*, 2003). Dentro deste processo é importante incluir a educação do paciente sobre as consequências do processo erosivo, pois somente após o paciente adquirir esse controle é que o tratamento restaurador deverá ser realizado (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010).

Segundo Houel (2019), para a escolha do tratamento restaurador, é necessário analisar a estrutura dentária remanescente, a localização da perda estrutural e a oclusão.

Os tratamentos minimamente invasivos, como as restaurações diretas em resina composta, são a primeira escolha. Para isto, deve haver uma quantidade suficiente de estrutura dental remanescente, ou seja, mais que 50%. Para perdas mais severas, o indicado são restaurações indiretas (BRANCO *et al.*, 2008).

Os procedimentos restauradores devem devolver não somente a estética, através da altura e forma dos dentes, mas também a função mastigatória, a dimensão vertical e a guia

anterior (GOIS *et al.*, 2010). Finalizado o tratamento reabilitador, é importante que haja um monitoramento e controle periódico do paciente com o objetivo de promover a sua saúde e prevenção do surgimento de novas lesões (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso de erosão dentária generalizada, onde foi realizada a reabilitação estética e funcional com resina composta.

## 2 RELATO DE CASO

O presente relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 4.740.689.

Paciente do gênero feminino, 28 anos, procurou atendimento odontológico com a intenção de corrigir seu sorriso, pois relatava a “sensação de que os dentes estavam se desgastando” e mais sensíveis.

Na anamnese, a paciente relatou ter bulimia na adolescência e refluxo gastroesofágico na idade adulta.

Ao exame clínico e radiográfico (Fig.1), observou-se ausência de cárie ou doença periodontal. Entretanto, foram identificados desgastes severos nas superfícies oclusais dos dentes superiores, palatina e borda incisal dos dentes anteriores superiores (Fig. 2 e 3), resultando em exposição dentinária e perda de dimensão vertical (Fig. 4 e 5).

Figura 1 – Radiografia panorâmica.



Fonte: os autores.

Figura 2 – Visão geral dos dentes com perda de estrutura.

Figura 3 – Aspecto inicial das faces incisais dos dentes anteriores superiores



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

Figura 4 – Aspecto inicial do sorriso pela face vestibular.

Figura 5 – Aspecto inicial da face palatina dos incisivos.

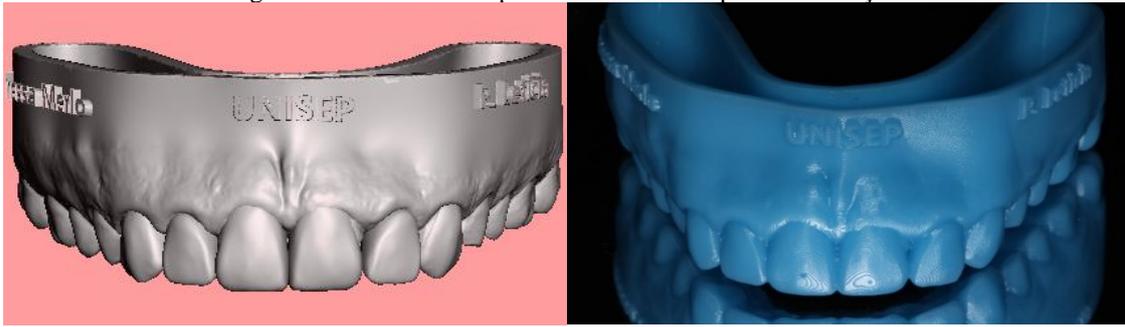


Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

O planejamento do caso foi feito através do escaneamento da arcada superior e inferior do paciente utilizando scanner (Carestream CS3600). Com as imagens digitalizadas realizou-se o enceramento digital (Fig. 6) através do aplicativo (Meshmixer NEW – Autodesk) e após isso, o modelo 3D encerado digitalmente foi fresado (Fig. 7).

Figura 8 – Guia para *mock-up* em silicone por condensação.  
Figura 9 – Guia/muralha palatina em silicone por condensação.

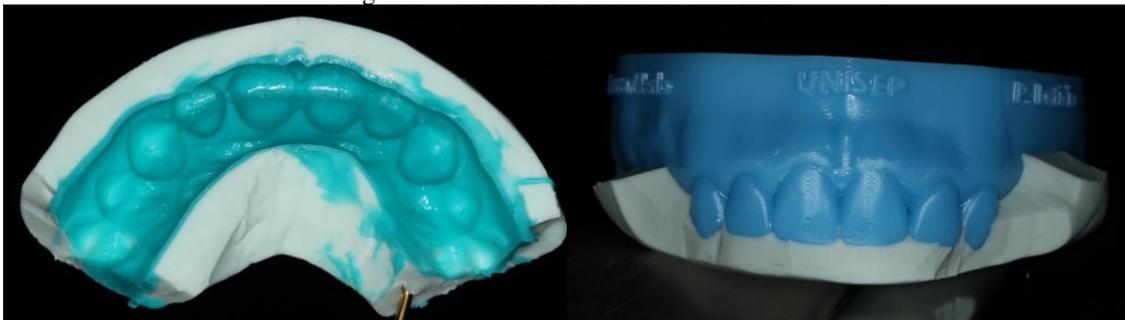


Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

A partir deste modelo, foi realizado um guia com silicone por condensação (Perfil, Coltene, Vigodent), para a confecção do *mock-up* (Fig. 8) e a muralha palatina (Fig. 9), para auxiliar na confecção das restaurações dos dentes anteriores.

Figura 6 – Enceramento digital.  
Figura 7 – Modelo 3D encerado e fresado.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

O *mock-up* que objetivou apresentar o novo sorriso à paciente e obter sua aprovação foi realizado com resina bisacrílica na cor B1 (Primma Art, FGM) (Fig. 10 e 11).

Figura 10 – *Mock-up* com a paciente com o lábio em repouso.Figura 11 – *Mock-up* com a paciente sorrindo.

Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

O tratamento restaurador foi realizado em quatro sessões. Na primeira sessão foi cimentado no dente 25 uma restauração semidireta em resina composta (Fig. 12), com cimento resinoso dual (Allcem, FGM) e nos dentes 14, 15 e 24 foram realizadas restaurações diretas em resina composta (Fig. 13 e 14). Isto permitiu o aumento da dimensão vertical. Na segunda sessão foram restaurados os dentes 16, 17, 26 e 27, com resinas compostas diretas (Fig. 15 e 16).

Figura 12 – Restaurações em resina composta semi-direta.



Fonte: os autores.

Figura 13 – Trans operatório de restaurações em resina composta direta nos elementos 14, 15 e 24.  
Figura 14 – Pós-operatório de restaurações em resina composta direta nos elementos 14, 15 e 24.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

Figura 15 – Trans operatório de restaurações em resina composta direta nos elementos 16, 17, 26 e 27.  
Figura 16 – Pós-operatório de restaurações em resina composta direta nos elementos 16, 17, 26 e 27.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

A fase restauradora direta do tratamento, tanto nos pré-molares quanto nos molares, foi realizada sob isolamento absoluto, seguindo as etapas básicas da odontologia adesiva: condicionamento ácido do esmalte e da dentina, com ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM), por 30 e 15 segundos, respectivamente, seguido de enxágue abundante e secagem com papel filtro. Na sequência, o sistema adesivo convencional de dois passos (Adper Single Bond 2 – 3M ESPE) foi aplicado em duas camadas, intercalando jatos de ar por cinco segundos para evaporação do solvente, de acordo com as instruções do fabricante, e fotopolimerização por 20 segundos. Posteriormente, resina composta cor A2 (Filtek Z250 – 3M ESPE) foi aplicada em camadas de 2mm de espessura usando a técnica incremental. Cada camada foi fotopolimerizada por 20 segundos. Esse procedimento foi repetido até que o dente estivesse totalmente restaurado.

Na terceira sessão foram realizadas as restaurações diretas em resina composta nos dentes anteriores. As restaurações foram realizadas pela técnica de estratificação, onde foi utilizada resina na cor B1E (Forma – Ultradent) para áreas de esmalte e B1B (Forma – Ultradent) para as áreas de dentina. Iniciou-se inserindo incrementos de resina composta nano-

híbrida, na cor B1E, sobre a matriz de silicone. Este conjunto foi então adaptado aos dentes anteriores, sendo que cada restauração foi realizada individualmente, obtendo-se assim, a reconstrução da face palatina dos dentes anteriores um a um. Para a confecção do corpo da restauração, foram inseridos incrementos de resina composta B1B, visando mimetizar a estrutura dentinária. A restauração foi finalizada com uma camada de resina composta na cor B1E, mimetizando a macro textura dos dentes, simulando os mamelos dentários e os lóbulos de desenvolvimento. Cada incremento inserido foi fotoativado por 20 segundos. Iniciou-se pelo elemento 21 (Fig. 17), seguindo pelos elementos 11, 22, 12, 23, e por fim, o elemento 13, finalizando todos os anteriores na mesma sessão (Fig. 18).

Figura 17 – Trans operatório das restaurações diretas dos dentes anteriores.

Figura 18 – Pós-operatório das restaurações diretas dos dentes anteriores.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

O acabamento e polimento foram realizados na quarta e última sessão, iniciando pela marcação dos terços cervical, médio e incisal, com grafite (Fig. 19), seguido pelas marcações de área de espelho (Fig. 20) e desgastes com discos de lixa (Diamond Pro – FGM). Por fim, foram realizadas as marcações dos mamelos nos incisivos (Figura 21) e desgastes com broca 30 lâminas (KG Sorensen).

O polimento final foi realizado com borrachas nas granulações grossa, média e fina, escova de carbeto de silício (American Burrs) e escova de pêlo de cabra (American Burrs) com pasta de polimento (Pasta Diamond Excel – FGM). Toda a etapa de polimento seguiu a mesma sequência nas restaurações dos dentes anteriores e posteriores.

Figura 19 – Marcações dos terços cervical, médio e incisal.

Figura 20 – Marcações das áreas de espelho.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

Figura 21 – Marcações dos mamelos dentários.



Fonte: os autores.

Após 3 meses, a paciente retornou para realizar tratamento periodontal, pois não pôde ser realizado anteriormente. A cirurgia de aumento de coroa clínica, através de gengivectomia, foi realizada nos elementos 21, 22 e 23 com bisturi elétrico (Fig. 22). A sondagem inicial foi de 4mm e a remoção de tecido foi de 1,5mm. No retorno, após 15 dias do procedimento e total cicatrização dos tecidos periodontais, foram realizados reparos nas facetas em resina composta para proporcionar um sorriso mais harmônico, aumentando tamanho e ajustando a forma dos elementos (Fig. 23).

Figura 22 – Gengivectomia nos elementos 21, 22 e 23.

Figura 23 – Reparos nas facetas em resina composta.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

A paciente encontra-se em acompanhamento há quatro meses e as facetas diretas apresentam-se satisfatórias e estáveis quanto a cor, integridade, lisura superficial e adaptação das margens (Fig. 24 a 27).

Figura 24 – Aspecto inicial da paciente com lábio em repouso.

Figura 25 – Aspecto final da paciente com lábio em repouso.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

Figura 26 – Aspecto inicial da paciente sorrindo.

Figura 27 – Aspecto final da paciente sorrindo.



Fonte: os autores.

Fonte: os autores.

### 3 DISCUSSÃO

Durante o tratamento reabilitador é fundamental optar por procedimentos que permitam previsibilidade de resultados com a máxima preservação de estrutura remanescente. Uma das opções para isto é a técnica do enceramento diagnóstico e o *mock-up* (MIRANDA *et al.*, 2016).

Neste caso clínico, o enceramento diagnóstico foi realizado de forma digital. Este método auxilia no diagnóstico estético; permite o planejamento das várias possibilidades de sorrisos; alteração do formato, alinhamento e tamanho dos dentes, buscando a melhor opção de harmonia estética e saúde (ZAVANELLI *et al.*, 2019).

O *mock-up*, juntamente com o planejamento digital do sorriso, promove a previsibilidade dos resultados funcionais e estéticos, motivação e maior confiança por parte do paciente e, também do profissional, quanto ao planejamento e o tratamento a ser realizado (REIS *et al.*, 2018; BOITELLE, 2019). Neste caso, após a colocação do *mock-up* em boca, verificou-se um resultado funcional e estético satisfatório, que foi aprovado pela paciente.

Além dos benefícios já citados, o *mock-up* ainda permite a confecção da guia ou matriz palatina em silicone, facilitando a inserção da primeira camada de resina composta e reconstrução da face palatina nas restaurações diretas (SABATINI, 2012).

Existem muitas dúvidas sobre qual material escolher para reabilitar casos de erosão. Resina composta ou cerâmica? A resina composta direta é um material com bons resultados estéticos e funcionais, baixo custo, conservador, dispensa etapas laboratoriais e muitas vezes pode ser realizado em sessão única (DE MOURA, 2017; DIEGUES *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2018). No entanto, dentre as suas características indesejáveis estão a contração de polimerização, que pode gerar microinfiltração, fracasso da adesão, recidiva de cárie, descoloração marginal e fratura do material restaurador (FERNANDES, 2014; DE MOURA, 2017).

Os laminados cerâmicos possuem excelentes propriedades óticas, alta resistência, baixo risco de manchamento, alta longevidade e excelente resultado estético. Dentre as suas desvantagens estão os custos elevados e a necessidade de maior desgaste da estrutura dentária, defeitos marginais e fraturas (SOARES *et al.*, 2016).

É possível obter bons resultados com os dois materiais. A escolha varia de acordo com as necessidades clínicas e o senso comum entre o paciente e o profissional, levando em consideração o custo, o tempo de tratamento e a longevidade das restaurações (DIEGUES *et al.*, 2017).

No presente caso, as duas opções restauradoras foram apresentadas à paciente. No entanto, devido aos fatores socioeconômicos, a idade e a maior preservação de estrutura dentária remanescente a escolha da paciente foi pela resina composta.

Em todo processo restaurador a resistência de união é um fator importante no desempenho imediato e a longo prazo dos materiais restauradores da estrutura dentária (SOARES *et al.*, 2005). Em um meio ácido, todos os materiais restauradores apresentam degradação ao longo do tempo, porém, os cerâmicos e os compostos mostram maior durabilidade em comparação aos outros materiais restauradores (JAEGGI; GRUNINGER; LUSSI, 2006).

Costa *et al.* (2021) investigaram a adesão em substratos erodidos. Os resultados mostraram que a força de ligação nesta dentina é estatisticamente reduzida em comparação com a dentina saudável. Em esmalte a erosão é benéfica. Lenzi *et al.* (2013) concluiu que a retenção mecânica e adesão em esmalte erodido é maior quando ele é condicionado previamente ao sistema adesivo, devido a maior penetração do material nos espaços intercrystalinos.

O planejamento inicial deste caso era realizar restaurações semidiretas nos prés-molares, no entanto, no momento da cimentação, não houve uma correta adaptação de todas as peças e apenas uma delas foi cimentada.

As sessões do tratamento restaurador foram planejadas de forma que os dentes fossem restaurados em pares, à direita e à esquerda, permitindo assim a obtenção de contatos oclusais bilaterais e estabilidade funcional ao final de cada sessão. Como resultado disso, o aumento da dimensão vertical oclusal pode ser obtida sem interferir na mastigação e proporcionando o máximo de conforto à paciente durante o tratamento.

O tratamento restaurador foi concluído em um mês, momento em que a biomecânica, a função e a estética foram combinadas, resultando em uma melhora perceptível na saúde bucal e aparência.

A principal vantagem deste caso foi a aplicação dos princípios da mínima intervenção em Odontologia para reabilitação de um caso de erosão ácida. Assim, realizou-se o tratamento sem preparos ou desgastes na estrutura dentária remanescente. Mesmo assim, houve limitações. Uma delas foi da etapa cirúrgica da gengivectomia, onde uma maior remoção de tecido poderia resultar em melhor estética. Outra seria a realização de um clareamento prévio a reabilitação, que não foi aceito pela paciente devido a sensibilidade pré-existente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anamnese é primordial no planejamento do tratamento de casos de erosão dentária, um distúrbio relativamente comum na sociedade atualmente.

Com os avanços dos materiais odontológicos, aliados à anamnese, diagnóstico correto e a técnicas de tratamento minimamente invasivas, é possível reabilitar estética e funcionalmente dentes comprometidos pela erosão ácida, conduzindo a um prognóstico favorável a longo prazo.

As restaurações diretas em resina composta são técnicas conservadoras, simples, rápidas e de custo reduzido, e quando bem planejadas e executadas possibilitam excelentes resultados em dentes erodidos.

Este caso clínico demonstrou uma reabilitação de erosão dentária em resina composta, com bom resultado estético funcional e satisfação da paciente.

## REFERÊNCIAS

- BARRON, R. P. *et al.* Dental erosion in gastroesophageal disease. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 69, n. 2, p. 84-89, 2003.
- BOITELLE, P. Contemporary management of minimal invasive aesthetic treatment of dentition affected by erosion: case report. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.
- BRANCO, C. A. *et al.* Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 2, p. 235-242, 2008.
- CARIÚS, E. J. **Erosão dentária associada à doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE): Revisão bibliográfica.** 2019. 65 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, Portugal, 2019.
- COSTA, M. B. *et al.* Analysis of laboratory adhesion studies in eroded enamel and dentin: a scoping review. **Biomater Investig Dent.**, v. 8, n. 1, p. 24-38, 2021.
- DE MOURA, A. B. **Facetas de resina composta ou cerâmicas: qual utilizar?** 2017. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2017.
- DIEGUES, M. A. *et al.* Cerâmica x resina composta: o que utilizar? **Revista UNINGÁ**, v. 51, p. 87-94, 2017.
- DUNDAR, A.; SENGUN, A. Dental approach to erosive tooth wear in gastroesophageal reflux disease. **African Health Sciences**, v. 14, n. 2, p. 481-486, 2014.
- FARAHMAND F. *et al.* Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion: a cross-sectional observational study. **Gut and Liver**, v. 7, n. 3, p. 278-281, 2013.
- FERNANDES, H. K. Evolução da resina composta: revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 401-411, 2014.
- GOIS, D. N. *et al.* Reabilitação estética e funcional em paciente com erosão dental: relato de caso. **ClipeOdonto – UNITAU**, v. 2, n. 1, p. 46-52, 2010.
- HOUEL, R. **Erosão dentária no refluxo gastroesofágico patológico.** 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, Portugal, 2001.
- JAEGGI T., GRUNINGER A., LUSSI A. Restorative therapy of erosion. **Monogr Oral Sci**, v. 20, p. 200-214, 2006.
- LENZI, T. *et al.* Shear bond strength of two adhesive materials to eroded enamel. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 14, n. 4, p. 700-703, 2013.
- LUSSI, A.; CARVALHO, T. S. Erosive Tooth Wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. **Monogr Oral Sci. Basel**, v. 25, p. 1-15, 2014.
- MIRANDA, R. R. *et al.* Tratamento odontológico com ênfase em estética: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central**, v. 25, n. 74, p. 162-169, 2016.

PACE, F. *et al.* Systematic review: gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 27, p. 1179-1186, 2008.

RAMACHANDRAN, A.; KHAN, S. R.; VAITHEESWARAN, N. Incidence and pattern of dental erosion in gastroesophageal reflux disease patients. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, v. 9, n. 5, p. 138-141, 2017.

RAPÔSO, N. M. L.; DA CRUZ, M. C. F. N.; LOPES, F. F. A erosão dentária como uma lesão oral predominante na doença do refluxo gastroesofágico. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 67, n. 2, p. 152-156, 2010.

REIS, G. R. *et al.* Mock-up: previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. **Rev Odontol Bras Central**, v. 27, n. 81, p. 105-111, 2018.

SABATINI, C. Direct resin composite approach to orthodontic relapse: Case report. **The New York State Dental Journal**, v. 78, n. 2, p. 42 – 46, 2012.

SANTOS, L. G. S. Distúrbios alimentares – erosão dental por refluxo de ácidos gástricos. **Revista Jurídica do Ministério Público**, v. 6, p. 165-179, 2006.

SOARES, F. Z. M. *et al.* Microtensile Bond Strength of Different Adhesive Systems to Primary and Permanent Dentin. **Pediatric Dentistry**, v. 27, n. 6, p. 457-462, 2005.

SOARES, P. V. *et al.* Esthetic rehabilitation with minimally invasive feldspathic ceramic veneers: 30 months of clinical follow-up. **Biosci. J.**, v. 32, n. 5, p. 1428-1434, 2016.

SCHLUETER, N.; TVEIT, A. B. Prevalence of erosive tooth wear in risk groups. **Monogr Oral Sci Basel**, v. 25, p. 74-98, 2014.

VASCONCELOS, F. M. N.; VIEIRA, S. C. M.; COLARES, V. Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2010.

ZAVANELLI, A. C. *et al.* Reconstrução estética anterior baseada no planejamento digital do sorriso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 40, n.2, p. 09-14, 2019.