

# Associação de resina composta e cerâmica na reabilitação estética de dentes anteriores: relato de caso clínico

Ástor Neutzling Zanchin  
Juliana Nunes Rolla  
Aurélio Salaverry  
Rafael Melara  
Fábio Herrmann Coelho-de-Souza

## RESUMO

Atualmente, a procura por tratamentos restauradores estéticos vem aumentando. Isso pode ser relacionado com a necessidade social e a autopercepção dos pacientes. O presente trabalho consiste na apresentação de um caso clínico de reabilitação estética dos dentes anteriores, aliando a utilização de materiais distintos entre si, a cerâmica e a resina composta. Realizou-se o facetamento estético com resina composta direta nos elementos 12 e 22, seguido de uma faceta e uma coroa de cerâmica IPS e-max nos elementos 11 e 21, respectivamente. Concluiu-se que ambos os materiais apresentam resultados satisfatórios, mesmo que utilizados juntos. Os incisivos laterais em resina composta reduziram o custo do tratamento e permitiram preparos dentais ainda mais conservadores, conseguindo suprir as necessidades do paciente, demonstrando ser uma opção viável para reabilitações estéticas.

**Palavras-chave:** Estética. Cerâmica. Resinas compostas.

## Anterior esthetic rehabilitation with composite and ceramic: A case report

### ABSTRACT

Nowadays, the demand for aesthetic restorative treatments has been increasing, which may be related to the social need of these patients. The present study consists in a case report of an aesthetic rehabilitation of the anterior teeth, combining the use of different materials, ceramic and composite resin. Direct veneers was performed with composite resin on teeth 12 and 22, followed by a ceramic laminate veneer and an IPS e.max ceramic crown, in teeth 11 and 21, respectively. It

---

**Ástor Neutzling Zanchin** – Especialista em Dentística – UFRGS. Mestrando em Dentística – São Leopoldo Mandic.

**Juliana Nunes Rolla** – Doutora em Dentística – UFSC. Professora de Dentística – UFRGS. Coordenadora do Curso de Especialização em Dentística – UFRGS.

**Aurélio Salaverry** – Mestre em Dentística – PUCRS. Professor do Curso de Especialização em Dentística – UFRGS.

**Rafael Melara** – Doutor em Dentística – PUCRS. Professor de Dentística – UFRGS. Professor do Curso de Especialização em Dentística – UFRGS.

**Fábio Herrmann Coelho-de-Souza** – Pós-Doutor em Dentística – UFPel. Professor de Dentística – UFRGS. Professor do Curso de Especialização em Dentística – UFRGS.

**Autor correspondente:** Ástor Neutzling Zanchin. Avenida Júlio de Mesquita, 536, apto 124, Campinas/SP. (54) 99633-3647. E-mail: zanchinastor@gmail.com

Stomatos	Canoas	Vol. 25	Nº 48	p.6-17	Jan./Jun. 2019
----------	--------	---------	-------	--------	----------------

was concluded that both materials presented satisfactory results, even if used together. In addition, the lower cost of direct veneers and quick execution have been able to achieve the needs of the patient, proving to be a feasible option for aesthetic rehabilitations.

**Keywords:** Esthetics. Ceramics. Composite resins.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, com o desenvolvimento tecnológico dos materiais restauradores, as cerâmicas odontológicas atingiram características físicas e mecânicas excelentes, representando a melhor opção na busca da reprodução das características do esmalte natural (1).

As facetas de cerâmica consistem em uma técnica capaz de solucionar problemas estéticos e funcionais de elementos dentais (2). Com relação à cimentação, os cimentos resinosos são a escolha para estas facetas, devido a estética satisfatória, boa união entre a peça e a superfície dental e, conseqüentemente, longevidade adequada (3). O uso de sistemas adesivos combinados aos sistemas cerâmicos proporciona maior previsibilidade e segurança ao tratamento reabilitador (4).

Por outro lado, as resinas compostas são outro exemplo de materiais restauradores amplamente utilizados na Odontologia contemporânea (5). É possível indicar restaurações extensas de resina composta em dentes anteriores, tendo como vantagem a dispensa da etapa laboratorial e a maior preservação de estrutura dental. Além disso, as resinas fornecem uma grande diversidade de cores e efeitos, e os consertos que se tornarem necessários são facilmente realizados de forma direta (6).

As facetas de resina composta apresentam algumas vantagens: técnica rápida, segura e eficaz; menor custo em relação às cerâmicas; dispensam etapas de laboratório, e não requerem provisório, nem moldagem (7). O uso de facetas de resina composta pode ser uma opção interessante para recuperar a aparência estética de dentes danificados, uma vez que técnicas indiretas removem mais estrutura dental e demandam procedimentos laboratoriais, encarecendo o tratamento (8).

A associação de diferentes materiais, como a cerâmica e a resina, em um mesmo caso clínico é um desafio, devido às diferenças de cor, translucidez e reflexão de luz. Cabe ao cirurgião-dentista planejar o tratamento evidenciando as vantagens e desvantagens de cada material. A comunicação com o paciente neste caso é fundamental, esclarecendo a ele os possíveis planejamentos e soluções, bem como, as repercussões financeiras do tratamento proposto (1).

Assim, o objetivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de um paciente com um sorriso esteticamente desarmônico, no qual se realizou a reabilitação estética dos dentes anteriores, utilizando-se a associação de técnicas, cerâmica e resina composta, em facetas e coroa total.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente A.C., sexo masculino, 35 anos, compareceu à clínica odontológica do curso de Especialização em Dentística da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) apresentando como queixa principal a estética dos dentes anteriores (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Fotos iniciais de perfil e frontal com sorriso.



Figura 2. Foto inicial do sorriso com afastador.

Na primeira consulta, após a anamnese, exame clínico, exame radiográfico e confecção de modelos de estudo em gesso, discutiram-se os possíveis planos de tratamento para a reabilitação estética dos dentes anteriores (11, 12, 21, 22) comprometidos esteticamente. O modelo de estudo recebeu enceramento diagnóstico, reproduzindo no modelo a nova realidade de tamanho e formato dos dentes (wax-up).

A primeira opção de tratamento planejado priorizou a utilização de restaurações cerâmicas para os 4 elementos dentários, ou seja, coroa cerâmica no dente 21 e laminados cerâmicos nos dentes 11, 12 e 22. Em função de limitação financeira, como segundo tratamento planejado, optou-se pela confecção de uma coroa cerâmica no elemento 21, laminado cerâmico no elemento 11, seguido de duas facetas de resina composta direta nos elementos 12 e 22, reduzindo pela metade o custo laboratorial.

A necessidade da coroa no elemento dentário 21 se deu sob a condição do remanescente dentário. O dente 21 já havia sido tratado endodonticamente, o que

facilitou o planejamento para coroa, além do pouco remanescente dentário e moderado escurecimento, que foram fatores importantes na seleção do tratamento proposto.

Após conversa com o paciente, expondo as vantagens e desvantagens de cada um dos planos de tratamento, ele optou pela realização da 2ª opção, devido à sua condição financeira. Vale ressaltar que, em uma reabilitação estética dos dentes anteriores, utilizando-se de materiais que diferem entre si, no caso, a cerâmica e a resina, considerou-se que os elementos 11 e 21 apresentariam melhores condições estéticas se ambos fossem confeccionados pelo mesmo material, neste caso, a cerâmica.

Visando à estética gengival apresentada pelo paciente, optou-se também pela realização da Gengivoplastia do elemento 21, que se apresentava com contorno gengival insatisfatório, quando comparado aos demais dentes em questão.

Na consulta seguinte, avaliou-se radiograficamente a condição endodôntica do 21, que se apresentou satisfatória. O elemento dentário em questão foi desobturado parcialmente com a utilização de brocas Largo (Microdont), de forma que 4mm de gutapercha ficassem intactos para garantir o selamento apical. Logo, prosseguiu-se com a marcação e prova do pino de fibra de vidro Whitepost DC-E (FGM) no comprimento de desobturação. Para o preparo do pino, iniciou-se pela assepsia com álcool, seguido de aplicação de Silano ProSil (FGM), jatos de ar e adesivo Adper Scotchbond (3M ESPE) em fina camada seguido de fotopolimerização. Para o preparo do substrato dental, iniciou-se pelo condicionamento com Ácido Fosfórico 37% (FGM), seguido de lavagem, secagem do conduto radicular com papel absorvente, e aplicação de adesivo Adper Scotchbond Multiuso Plus (3M ESPE), com aplicação de ativador, primer e catalisador. Para a cimentação do pino, utilizou-se cimento resinoso dual RelyX Arc (3M ESPE), com o auxílio da ponteira intracanal, finalizando-se com a fotopolimerização por 60 segundos. Para a confecção do núcleo, utilizou-se a resina composta Charisma Diamond (Kulzer) na cor A3.

Sobre o enceramento diagnóstico, realizou-se uma moldagem com Silicona de Adição (pasta densa) Express XT (3M ESPE) a fim de confeccionar uma guia/matriz. Essa guia foi então recortada e carregada com a resina bisacrílica Protemp4 (3M ESPE) na cor A2, e assim foi feito o Mock-up sobre os dentes do paciente, realizando o ensaio dos novos dentes planejados (Figuras 3 e 4).



Figura 3. Foto do Mock-up em resina bisacrílica.



Figura 4. Foto do sorriso com o Mock-up.

Após a aprovação e satisfação apresentada pelo paciente no momento do Mock-up, iniciou-se o preparo para laminado cerâmico do elemento 11. Uma vez que o elemento 11 apresentava restaurações proximais de resina composta, optou-se pela confecção de um preparo atípico, que se estendeu para a palatina, a fim de confeccionar um término em esmalte. As pontas diamantadas usadas na confecção do preparo para laminado cerâmico foram 1014, 2200, 2135, 2135F e 4138 (Figura 5). No elemento 21, foi realizado o refinamento do núcleo de resina composta confeccionado na consulta anterior, este com o auxílio de ponta diamantada MF3098 (Microdont). Ao final desta consulta, os provisórios foram confeccionados com a resina bisacrílica A2 Protemp4 (3M ESPE). Esta foi aplicada sobre a guia previamente confeccionada no enceramento diagnóstico.



Figura 5. Ponta diamantada 4138 na confecção do preparo para laminado no elemento 11.

Na consulta seguinte, realizou-se a moldagem destes elementos. Após a remoção dos provisórios, adaptou-se o fio retrator nos sulcos gengivais dos elementos 11 e 21 (Figura 4). A escolha para a moldagem foi a de duplo fio, onde inicialmente foi introduzido um fio Ultrapack (Ultradent) #000 intrassulcular e outro fio Ultrapack #00 acima, a fim de ser removido no momento da moldagem. Para a moldagem, utilizou-se a Silicona de Adição Express XT (3M ESPE), onde iniciou pela remoção do fio #00 seguido da aplicação da pasta fluída nos preparos com a pistola de automistura, simultâneo com a manipulação da pasta densa, que foi levada nos preparos com o auxílio de uma moldeira total plástica

(Morelli). Junto com o molde, foram encaminhadas ao laboratório protético algumas considerações em relação ao trabalho, como a seleção da cor A2, seleção da cerâmica IPS e.max de média translucidez (MT), e modelos com o enceramento diagnóstico e registro de mordida a fim de referenciar o protético no momento da confecção das peças, além do modelo antagonista e imagens fotográficas.



*Figura 6.* Foto dos preparos com o duplo fio previamente à moldagem.

Na consulta seguinte, já com as peças de cerâmica confeccionadas e entregues pelo laboratório, realizou-se a prova das mesmas. Em relação a cor, adaptação marginal, e ponto de contato, ambas se apresentaram satisfatórias, porém, com necessidade de ajuste em relação à altura cervicoincisal (muito longo, além do previsto no enceramento) (Figura 7). Com o auxílio de ponta diamantada 4138 (Microdont), estas foram reduzidas em boca, a fim de apresentarem uma altura final harmônica. As mesmas foram reenviadas ao laboratório para receberem novamente a caracterização incisal e o glaze (mantendo a dimensão ajustada em boca).



*Figura 7.* Foto da primeira prova das peças. Observa-se o comprimento exagerado que apresentam no sentido cervicoincisal.

Após os ajustes solicitados serem realizados pelo laboratório, o paciente retornou para a cimentação das peças. Realizou-se a prova das peças, que se apresentaram favoráveis e indicadas para a cimentação. Iniciaram-se então os procedimentos prévios à cimentação, como o preparo das peças (ácido fluorídrico 10% (FGM); lavagem e secagem; aplicação do silano ProSil (FGM); jatos de ar; aplicação do adesivo Adper Scotchbond seguido de fotopolimerização. Em seguida, realizou-se o preparo dos substratos dentais

(ácido fosfórico 37% (FGM); lavagem e secagem; aplicação do primer, secagem, aplicação do adesivo Adper Scotchbond Multiuso, seguido de fotopolimerização. A coroa foi cimentada com AllCem Dual Trans (FGM) e o laminado com Allcem Veneer Trans (FGM), ambos receberam 60s de fotopolimerização em todas as faces da peça. Após a cimentação, os excessos de cimento foram removidos com lâmina de bisturi 12, foi realizado o ajuste oclusal, e polimento da linha de cimentação com borrachas abrasivas (American Burrs).

Na consulta seguinte, iniciaram-se os preparos para faceta direta nos elementos 12 e 22. Para a confecção dos preparos, utilizou-se ponta diamantada esférica 1012 (Microdont) (canaleta cervical) seguido de ponta diamantada 2135 (Microdont) (canaletas de orientação e união das canaletas) e extensão proximal na região de subcontato. Com os preparos finalizados e já com o isolamento absoluto do campo operatório, realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico 37% (FGM), lavagem e secagem, seguido da aplicação do sistema adesivo Adper Scotchbond Multiuso (primer e adesivo), seguido de fotopolimerização. Para a confecção das facetas de resina composta direta, foi confeccionado um mapa cromático, onde priorizou a utilização de uma resina de dentina A2D (Filtek Z350 XT – 3M ESPE) para a camada interna da faceta, seguido da utilização de uma resina de esmalte A1E (Z350 XT), em ambos os elementos dentários. A resina de dentina foi aplicada sob o preparo a fim de reproduzir a camada interna do dente (lóbulos de desenvolvimento e volume dentinário). Para a adaptação da resina de esmalte, atribuiu-se o uso de pincéis (Keramic) (Figura 8). Ao final, realizou-se o acabamento das facetas com ponta diamantada 3195F (Microdont), visando remoção de pequenos excessos e caracterização de anatomia secundária (microanatomia da face vestibular). Para o acabamento proximal foi utilizado lâmina de bisturi 12. Em sequência, discos Sof-Lex (3M ESPE) de granulação alta, média e fina, respectivamente, foram utilizados a fim de reproduzir a convexidade e conferir lisura das facetas de resina composta (Figura 9). Logo após, foi utilizado disco de feltro Diamond Flex (FGM) associado a uma pasta de polimento Clean Polish (Kerr), a fim promover o brilho superficial destas facetas.



Figura 8. Adaptação da resina composta com o auxílio de pincel.



*Figura 9.* Utilização de discos Sof-Lex no acabamento e polimento das facetas de resina composta.

As Figuras 10, 11, 12 demonstram o caso finalizado.



*Figura 10.* Foto final do sorriso em perfil.



*Figura 11.* Foto final do sorriso com afastador.



Figura 12. Foto final do sorriso do paciente.

## DISCUSSÃO

A Odontologia está mudando seu enfoque da restauração de dentes cariados para o tratamento estético de dentes saudáveis. Mesmo com a crescente evolução dos materiais restauradores, a estrutura dental saudável continua sendo insubstituível. Desta forma, é importante que em todas as técnicas restauradoras, seja qual for a condição dentária em discussão, procure-se respeitar o remanescente dentário (6).

A durabilidade e o sucesso do tratamento reabilitador dependerão tanto do modo como o paciente vai cuidar dessa nova situação dentária quanto do desempenho do material propriamente dito. Mesmo assim, estudos e avanços sobre as propriedades dos materiais utilizados em todas as etapas do processo também colaboram para que os resultados das reabilitações estéticas apresentem maior longevidade. O papel do cirurgião-dentista ao oferecer um tratamento estético ao paciente é fundamental. Ele deve planejar o caso detalhadamente, uma vez que os pacientes exigem um comportamento duradouro das restaurações realizadas (3-6, 26).

Do ponto de vista estético, a reconstrução de dentes tratados endodonticamente é um desafio para o cirurgião-dentista, ainda mais quando se trata de paciente com poucos recursos financeiros. Neste caso, optou-se pelo uso de um pino de fibra de vidro. Sabe-se que, além dos pinos de fibra de vidro utilizarem uma técnica de inserção relativamente simples, consomem um menor tempo clínico. O pino de fibra utilizado neste estudo vai ao encontro de Bitencourt et al. (6) (2016), quando estes autores relataram dois casos clínicos com o uso de pino de fibra de vidro e frisaram que a utilização deste tipo de pino apresenta características biomecânicas que se assemelham à estrutura dentinária, caracterizando biomimetismo e favorecendo a distribuição das tensões à estrutura radicular. Ressaltam também que os pinos de fibra de vidro têm grande aceitação pela resistência, flexibilidade e cor, favorecendo a estética. Proporcionam, também, facilidade de manuseio e de remoção se necessária, compatibilidade química com materiais resinosos e custo favorável.

Diminuindo os custos do tratamento e, ao mesmo tempo, proporcionando resultados estéticos satisfatórios, optou-se pela confecção de duas facetas de resina composta direta nos incisivos laterais, pois estas dispensam a fase laboratorial. Mesmo assim, é comum que, na prática clínica, o cirurgião-dentista tenha que intervir em restaurações de resina já existentes, isso em função de cáries secundárias, tanto na tentativa de identificar a própria lesão como para reparar defeitos marginais que possam favorecer o desenvolvimento da lesão. A descoloração da resina composta também pode ser uma das razões para a necessidade de substituição precoce da restauração, principalmente em áreas estéticas (24-25). Logo, para a obtenção do sucesso funcional e estético das facetas de resina composta, é necessário que o cirurgião-dentista compreenda os princípios básicos dos sistemas adesivos, das resinas compostas e da técnica a ser utilizada. Em um relato de caso descrito por Lima et al. (14) (2013), as facetas de resina composta foram a escolha para a reabilitação dos dentes anteriores. Os autores frisaram a importância da seleção da cor em tratamentos com resina composta, uma vez que o dente natural é policromático, ou seja, apresenta diversas colorações.

Entende-se que a cerâmica, quando em comparação com a resina composta, apresenta várias vantagens. Esse é o material que melhor reproduz as propriedades ópticas do esmalte e da dentina: fluorescência, opalescência e translucidez (10). Visando a esta capacidade de reprodução óptica da cerâmica, neste caso se priorizou que, mesmo nas condições financeiras propostas pelo paciente, a melhor escolha seria que os incisivos centrais fossem confeccionados ambos com esse material.

Na confecção do preparo para a faceta de cerâmica, apresentou-se um preparo atípico, que se estende parcialmente para a palatina, a fim de ter um término em esmalte. Okida et al. (1) (2016) ressaltaram que o cuidado para manter o preparo completamente em esmalte é essencial, visto que, embora existam diversos sistemas adesivos, a resistência de união da porcelana ligada ao esmalte ainda é superior quando comparado com a resistência de união da porcelana ligada à dentina. Ressaltam também que o preparo deve permitir simultaneamente uma adaptação marginal ideal da restauração final, e preservar o máximo possível de tecido dental.

Na consulta de cimentação das peças, é indispensável que estas sejam provadas inicialmente. Para isto, existem pastas de prova chamados de *Try-In* as quais permitem que a peça seja testada com a simulação do cimento e sejam então avaliadas em relação a previsibilidade cromática e assentamento. Neste caso clínico, utilizou-se o cimento resinoso RelyX Veneer (3M ESPE) que, segundo Shibayama et al. (2) (2016), promove um tempo de trabalho flexível e também alta estabilidade de cor.

Dentre as possibilidades para a reabilitação estética deste caso, a cerâmica e a resina composta demonstraram, mais uma vez, serem materiais possíveis de realizar mudanças satisfatórias em relação à estética desejada. No caso clínico descrito, os tratamentos sugeridos e realizados no paciente foram: um laminado e uma coroa em cerâmica IPS e.max e duas facetas de resina composta direta (3M ESPE), os quais estavam de acordo com as indicações de uso dos materiais escolhidos. Apesar de, usualmente, se dar preferência para um mesmo material restaurador em dentes adjacentes comprometidos

no sorriso, a associação de cerâmica e resina composta se mostrou como uma alternativa viável para a reabilitação do sorriso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambos os materiais utilizados neste caso, tanto a cerâmica quanto a resina composta, oferecem resultados satisfatórios na reabilitação estética de dentes anteriores, mostrando ser uma alternativa viável de tratamento. É importante que os cirurgiões-dentistas estejam capacitados para trabalhar com ambos os materiais, para que assim possam obter resultados cada vez melhores sob o ponto de vista estético e funcional.

## REFERÊNCIAS

1. Okida RC, Vieira WSC, Rahal V, Okida DSS. Lentes de contato: restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2016; 37(1): 53-59.
2. Shibayama R, Tiozzi R, Queiroz ME, Dalazzen E, Campaner M. Reabilitação estética dos dentes anteriores usando o Sistema IPS E-MAX. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2016; 37(2): 09-16.
3. Goiato MC, Santos DM, Laurindo-Júnior MCB, Commar BC, Silva EVF. Planejamento e instalação de restaurações cerâmicas: relato de caso. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2016; 37(2): 09-16.
4. Vaz MM, Vaz EC, Alves CBC, Lawder JC, Lenza MA. Utilização do ensaio restaurador como guia de desgaste em reabilitação estética com sistema IPS E-MAX: caso clínico; *Rev Odontol Bras Central*. 2015; 24(68): 6-10.
5. Mathias P, Freitas da Silva EV, Vitória LA, Azevedo JF. Pigmentação de Restaurações de Resina Composta: uma Revisão de Literatura. *Rev Odontol de Araçatuba*, 2015; 36(2): 29-35.
6. Bitencourt MPV, Morais Gandolfi AS, Silva HA, Damo DM, Arossi GA. Coroa total em resina composta direta: relato de dois casos clínicos. *Rev Odontol Univ. Cid. São Paulo*. 2016; 28(1): 65-77.
7. Cardoso PC, Decurcio RA, Lopes LG, Souza JB. Importância da Pasta de Prova (Try-In) na Cimentação de Facetas Cerâmicas – Relato de Caso. *Rev Odontol Bras Central*. 2011; 20(53): 166-171.
8. Coelho-de-Souza FH, Gonçalves DS, Sales MP, Erhardt MC. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. *Journal of Dentistry*. 2015; 43: 1330-1336.
9. Campos PRB, Amaral D, Chaves da Silva MA, Barreto SC, Pereira GD, Prado M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *RFO*. 2015; 20(2): 227-231.
10. Bezerra RB, Portella LDA, Silva DM, Silva EVF. Reabilitação estética e funcional do sorriso: relato de caso clínico. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2014; 35(1): 34-37.

11. Eustaquio J, Andrade Filho JC, Turssi CP, Amaral FLB, França FMG, Basting RT. Planejamento estético reabilitador integrado. *Rev Dental Press Estét.* 2015; 11(2): 72-80.
12. Boeira FG, Suca Salas MM, Araújo DC, Masotti AS, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents: A cross-sectional study conducted in Southern Brazil. *Braz J Oral Sci.* 2016; 15(1): 8-15.
13. Saha MK, Khatri M, Saha SG, Dubey S, Saxena D. Perception of Acceptable Range of Smiles by Specialists, General Dentists and Lay Persons and Evaluation of Different Aesthetic Paradigms; *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2017; 11(2): 25-28.
14. Lima LBW, Leite JT, França RM, Toscano de Brito MC, Uchoa RC, Maciel de Andrade AK. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. *Rev Bras de Ciências da Saúde.* 2013; 17(4); 363-370.
15. Camargos NC, Mendonça CA, Duarte SM. Da Imagem Visual do Rosto Humano: simetria, textura e padrão. *Saúde Soc.* São Paulo. 2009; 18(3): 395-410.
16. Korkut B, Yanicoglu F, Gunday M. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect.* 2013; 7(2): 105-111.
17. Frese C, Schiller P, Staehle HJ, Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. *Journal of Dentistry.* 2013; 41: 979-985.
18. Martini EC, Coppla FM, Reais A, Calixto AL. Análise da capacidade de remoção de pigmentos da resina composta pelo peróxido de hidrogênio 35%. *Rev Odontol UNESP.* 2016; 45(1): 53-58.
19. Pachaly R, Zasso MB, Silveira MB, Pozzobon RT. Evaluation of optical properties of different restorative composite resins; *Rev. Fac. Odontol.* Porto Alegre. 2008; 49(3): 9-13.
20. Menezes MS, Vilela ALR, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. *Rev Odontol Bras Central.* 2014; 23(66): 124-129.
21. Souza MMA, Ramos TM, Gois DN, Oliveira AHA. Efeito da técnica de polimento na topografia de superfície e na transmitância da resina composta; *Rev Odontol UNESP.* 2014; 43(6): 372-378.
22. Morita RK, Hayashida MF, Pupo YM, Berger G, Reggiani RD, Betiol EAG. Minimally Invasive Laminare Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedure; Case Reports in Dentistry. 2016; 32(1): 1-13.
23. Boscato N, Hauschild FG, Kaizer MR, Moraes RR. Effectiveness of Combination of Dentin and Enamel Layers on the Masking Ability of Porcelain. *Brazilian Dental Journal.* 2015; 26(6): 654-659.
24. Montagner AF, Van de Sande FH, Muller C, Cenci MS, Susin AH. Anelise Survival, Reasons for Failure and Clinical Characteristics of Anterior/Posterior Composites: 8-Year Findings. *Brazilian Dentistry Journal.* 2018; (29)6: 547-554.
25. Bertolo MVL, Sinhoreti MAC, Rontani JP, Albuquerque PPC, Schneider LFJ, O uso do gel de glicerina melhora a estabilidade de cor de resinas compostas? *Rev Odontol UNESP.* 2018; (47)4: 47, 256-260.