

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Gabriella Borges de Araújo

**RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS EM DENTES POSTERIORES COM RESINA
COMPOSTA POR MEIO DAS TÉCNICAS DIRETA E INDIRETA: RELATO DE
CASO**

RECIFE

2022

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Gabriella Borges de Araújo

**RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS EM DENTES POSTERIORES COM RESINA
COMPOSTA POR MEIO DAS TÉCNICAS DIRETA E INDIRETA: RELATO DE
CASO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE / CPGO, como requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em Dentística.

Área de concentração: Dentística

Orientadora: Profa. Msc. Ana Luísa de Ataíde Mariz

Coorientador: Prof. Dr. Luís Felipe de Espíndola Castro

RECIFE

2022

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado: “Restaurações Estéticas Em Dentes Posteriores Com Resina Composta Por Meio Das Técnicas Direta E Indireta: Relato De Caso” de autoria da aluna Gabriella Borges de Araújo, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva

Coordenador - CPGO Recife



Prof. Dr. Paulo Fonseca Menezes Filho

CPGO - Recife



Profa. Msc. Eloiza Leonardo de Melo

CPGO - Recife

Recife, 27 de Agosto de 2022

RESUMO

Dentre os fatores que podem causar a perda dos tecidos duros dentários, a doença cárie é o principal. Uma análise do nível de destruição dentária causada por ela ou outro fator é mandatório para a definição da correta decisão terapêutica. Procedimentos restauradores adesivos realizados de forma direta, semi-direta e indireta são alternativas que podem ser utilizadas pelos profissionais para reabilitar um elemento dentário comprometido do ponto de vista coronário. Desse modo, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico onde foram realizadas restaurações direta e indireta em dois elementos dentários posteriores inferiores, um não vital e o outro com vitalidade pulpar, com extensa destruição coronária. Após a realização de todo o preparo cavitário, foi realizada moldagem parcial com silicone de adição da região a ser trabalhada; moldagem da arcada antagonista com hidrocoloide irreversível; escultura das restaurações indiretas com resina composta; e, devido ao tempo de espera as restaurações foram cimentadas em uma sessão seguinte com cimento resinoso dual onde obteve-se um excelente resultado estético e funcional em ambos os elementos dentários.

Palavras – chave: estética dentária, reabilitação bucal, resina composta, e restaurações extracoronárias.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os fatores causais da perda de estrutura dentária, a doença infecciosa cárie é a mais comum (ALBERGARIA et al., 2022). Ela surge a partir de uma desregulação da microbiota do biofilme dentário que desencadeia o aumento da quantidade de bactérias acidogênicas e acidúricas, reforçada pela dieta rica em açúcar e higiene oral ineficaz reduzindo, portanto, o pH bucal (ALBERGARIA et al., 2022; ANTHONY et al., 2022).

Tendo em vista que o meio bucal está mais ácido de forma constante, por um longo período, a desmineralização do esmalte e da dentina ocorre de maneira mais acentuada (ALBERGARIA et al., 2022). Com a degradação da matriz orgânica dentária, uma cavitação é formada, o que ocasiona a perda da sua função (ALBERGARIA et al., 2022).

A depender do grau de destruição coronária do órgão dentário, causada majoritariamente pela doença cárie, diferentes tipos de restaurações adesivas podem ser utilizados para recuperar o elemento dentário, pois esses materiais têm vantagens como a conservação, vedamento, devolução da função e recuperação da estética (FERRARIS, 2017).

A escolha do tratamento restaurador adequado deve considerar a extensão, o número de faces acometidas, a localização da cavidade, bem como a condição socioeconômica do paciente, através do uso de três técnicas restauradoras: direta, em resina composta; semidireta, também em resina composta; e indireta, em porcelana (ALHARBI et al., 2013; ROCCA; KREJCI, 2013; VENEZIANI, 2017).

As resinas compostas são os materiais restauradores mais utilizados atualmente, pois evoluíram significativamente em termos de resistência, estética e durabilidade. Elas podem ser usadas de forma direta ou indireta, apresentam uma boa adaptação ao substrato dentário, mimetizam a coloração dentária e apresentam uma boa resistência, possibilitando a recuperação das características dentárias perdidas pela doença cárie, por exemplo (LAGO; SKUPIEN; SOUZA, 2011; ALBINO et al., 2016).

As restaurações diretas em resina composta são a primeira escolha para a restauração de cavidades pequenas e médias, classes I e II em dentes posteriores, que apresentam esmalte na região cervical, pois têm um bom nível de previsibilidade, o tratamento é conservador, é econômico, necessita de uma sessão clínica e têm uma boa durabilidade (ALHARBI et al., 2013; VENEZIANI, 2017). Contudo, apresentam algumas desvantagens, como a contração de polimerização e maior propensão à infiltração marginal com o tempo (VENEZIANI, 2017).

Para amplas destruições coronárias as restaurações indiretas posteriores são mais bem indicadas, como por exemplo para cavidades onlays e overlays, pois permitem a obtenção de uma anatomia das faces oclusal e interproximal mais adequada (LAGO; SKUPIEN; SOUZA, 2011; ALHARBI et al., 2013; ROCCA; KREJCI, 2013; VENEZIANI, 2017).

Além disso, as restaurações indiretas posteriores têm uma resistência mecânica maior, e proporcionam uma melhor adaptação marginal devido a menor contração de polimerização, haja vista que a contração ocorre apenas na camada de cimento sob a restauração, contudo, essa técnica necessita de mais tempo, pois tem uma etapa laboratorial o que aumenta seu custo (LAGO; SKUPIEN; SOUZA, 2011; ALHARBI et al., 2013).

As técnicas de cimentação adesiva indiretas, portanto, têm mais vantagens quando comparadas com a técnica direta, tais como: confecção da anatomia da superfície oclusal de forma adequada, bom controle dos pontos de contato e do perfil de emergência, além de possibilitar a replicação da oclusão do paciente em articulador (ALHARBI et al., 2013; VENEZIANI, 2017).

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de restaurações direta e indireta em dois elementos dentários posteriores inferiores, em resina composta.

2 METODOLOGIA

Este trabalho apresenta um relato de caso clínico de restaurações em dentes posteriores realizadas pelas técnicas direta e indireta, ambas em resina composta. Todas as etapas de planejamento, preparo e confecção das restaurações foram documentadas por meio de fotografias digitais. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed na Biblioteca Virtual em Saúde. Artigos publicados em português e inglês, entre os anos de 2008 e 2021, foram selecionados utilizando os descritores: estética dentária, reabilitação bucal, resina composta e restaurações extracoronárias.

3 RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, leucoderma, 27 anos, compareceu à clínica de Dentística do Centro de Pós-Graduação em Odontologia – CPGO com a queixa de uma restauração em resina composta fraturada no dente 37. Apresentava dor moderada ao mastigar alimentos mais sólidos nessa região. Ao exame físico intraoral observou-se restauração defeituosa no dente mencionado, bem como restaurações extensas e profundas em outros dentes. Na figura 1 é demonstrado o aspecto inicial do sorriso da paciente.



Figura 1: vista frontal do sorriso da paciente.

Foi solicitada uma ficha periapical completa como exame complementar para avaliação radiográfica dos elementos dentários da região. Ao exame radiográfico, observou-se a presença de restaurações em resina composta insatisfatórias, extensas e profundas nos dentes 36 e 37, como mostra a figura 2.

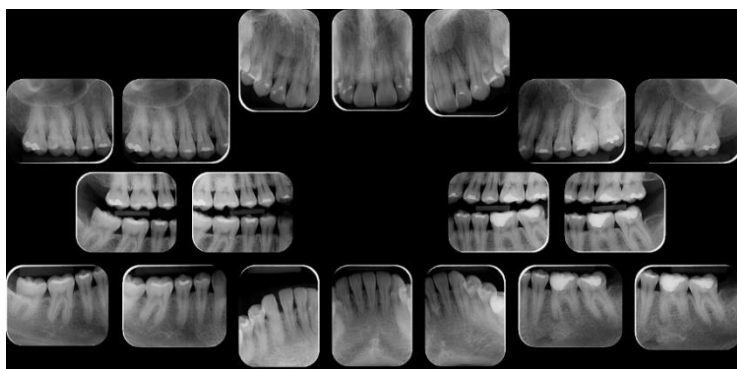


Figura 2: exame radiográfico periapical completo, evidenciando presença de lesão periapical no dente na raiz mesial do 36, além de restauração extensa classe II nele e no dente 37.

Embora a paciente estivesse assintomática desde a restauração no dente 36, ela foi encaminhada ao Endodontista para uma avaliação. Foi verificada a necessidade da realização do tratamento endodôntico no 36, como mostram a figura 3 A e 3 B. A paciente retornou ao CPGO para a Dentística, após o tratamento endodôntico, para o início das restaurações dos dois dentes na mesma etapa clínica.



Figura 3: aspecto radiográfico e clínico dos elementos dentários 36 e 37. Na figura 3 A, observa-se radiograficamente o tratamento endodôntico realizado no dente 36. Na figura 3 B, observa-se a 3B do dente 36 após a realização do tratamento endodôntico restaurado provisoriamente e a coroa do 37 evidenciando uma extensa e insatisfatória restauração classe II.

Após uma avaliação minuciosa da estrutura desses elementos dentários e da condição socioeconômica da paciente, optou-se por reabilitar os dois dentes com resina composta, devido as suas excelentes propriedades, bem como o seu custo mais reduzido quando comparado a porcelana, viabilizando o tratamento nesse caso.

As técnicas escolhidas foram a direta, pois havia desgaste na restauração pré-existente em resina no sulco vestibular do dente 36 e, indireta, nesse mesmo dente, a fim de obter uma anatomia mais satisfatória. Nessa etapa foi realizada a escolha da cor das resinas compostas a serem utilizadas.

Na figura 4, observa-se o início do tratamento restaurador, onde foi realizada anestesia troncular do nervo alveolar inferior esquerdo com Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000, em seguida foi realizado isolamento absoluto com arco, dique de borracha, fio dental e grampo 204. A restauração provisória à base de óxido de zinco e eugenol e a restauração em resina composta insatisfatória no dente 37 foram removidas com ponta diamantada esférica 1014

de haste longa, em alta rotação. Foi realizada a profilaxia das cavidades dentárias utilizando escova de Robinson com pedra-pomes e água.



Figura 4: elementos dentários 36 e 37 após a remoção completa do material restaurador.

Em seguida, foi inserido sobre a entrada dos canais radiculares do dente 36 e na parede de fundo do 37 cimento reparador cerâmico (Biodentine®) para proteção do complexo dentino-pulpar, pois nesse último a cavidade era muito profunda e a paciente relatou dor à mastigação de alimentos mais sólidos nessa região, como visto na figura 5.

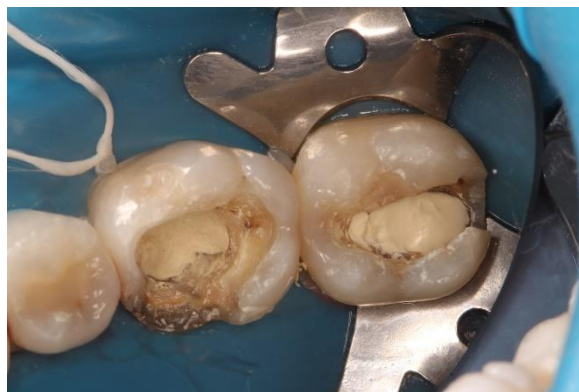


Figura 5: cimento reparador cerâmico (Biodentine®) sobre a parede de fundo dos dentes 36 e 37.

Após a reação de polimerização do cimento biocerâmico, realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Condac®) no esmalte do dente 36, pois resina composta teria de ser colocada nas paredes axiais socavadas, conforme mostra a figura 6.



Figura 6: condicionamento com ácido fosfórico 37% no dente 36.

Em seguida, foi realizada a aplicação de adesivo universal (Ambar®) com tecnologia APS da FGM com micro aplicador (All prime®) nos dentes 36 e 37, seguido do uso do fotoativador (Radii Cal®) – Bivolt com intensidade da luz de 1200 mW/cm², como isto na figura 7.



Figura 7: aplicação do adesivo universal nas paredes das cavidades.

Então, foi realizado o selamento dentinário imediato no dente 36 com a resina heavy flow grandioso, Voco®, como mostra a figura 8.



Figura 8: realização do selamento dentinário imediato no dente 36 com a resina heavy flow.

Em seguida, a resina composta de cor A1B Forma® foi utilizada para fazer uma base no dente 36, seguida do uso do fotoativador Radii Cal® – Bivolt com intensidade da luz de 1200 mW/cm² como mostra a figura 9.



Figura 9: confecção de base em resina composta A1B Forma® no dente 36.

Nessa etapa foi realizada a restauração do sulco vestibular do dente 36, utilizando a resina composta nanoparticulada Vittra® na cor EA2 com tecnologia APS e espátula Modella LM-Arte®. Na etapa seguinte realizou-se os preparos cavitários dando a expulsividade necessária com a broca 3131 KG Sorensen® para a realização da moldagem para a realização das restaurações semidiretas como mostram as figuras 10 e 11.



Figura 10: preparo expulsivo das cavidades dos dentes 36 e 37 com broca 3131.



Figura 11: dentes preparados para a moldagem de trabalho.

Após a realização da moldagem parcial com silicone de adição Futura AD® (Nova DFL), realizou-se restauração provisória com material restaurador temporário Bioplic (Biodiâmica®), nas cavidades do 36 e 37, seguido de fotopolimerização igual as anteriores, como mostra a figura 12.



Figura 12: restauração provisória nos dentes 36 e 37.

Após a moldagem parcial da hemiarcada inferior esquerda da paciente pela técnica da dupla impressão, com silicone de adição Futura AD® (Nova DFL), obteve-se modelo de gesso especial tipo IV Durastone®, como mostra a figura 13.



Figura 13: modelo de gesso da hemiarcada esquerda da paciente.

Após a obtenção do modelo de trabalho, iniciou-se o processo de confecção da restauração semidireta. Primeiramente foi realizado o aquecimento do esculpidor lecron por meio de um maçarico objetivando inserir uma fina camada de cera branca no interior da cavidade, a fim de manter o espaço do cimento que irá unir a restauração aos dentes, como mostra a figura 14, A, B e C.

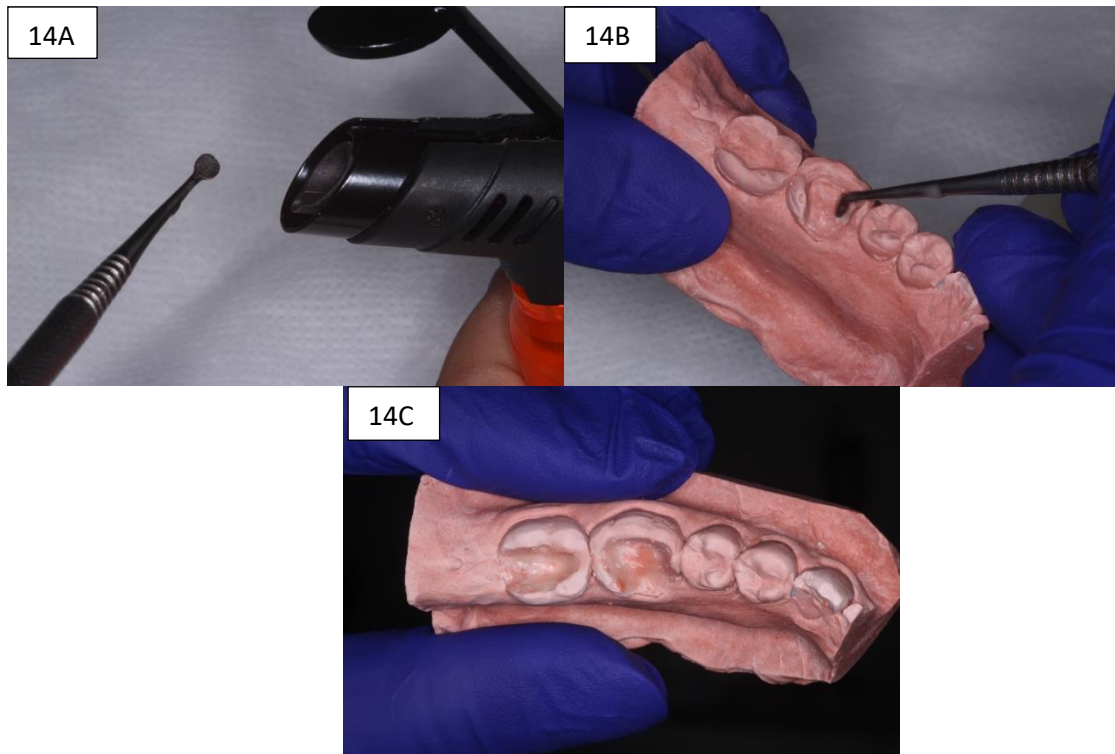


Figura 14: derretimento da cera branca para inserção prévia nas cavidades para o início da escultura. Em 14 A tem-se a o aquecimento do lecron com maçarico. Em 14 B, tem-se a inserção da cera branca nas cavidades. Em 14 C, observa-se o aspecto das cavidades com cera branca derretida.

Em seguida, checou-se a articulação com o modelo antagonista, confeccionado com gesso tipo pedra a partir de uma moldagem com alginato Hydrogum 5® (Zhermack), como demonstrado na figura 15.



Figura 15: articulação dos modelos de gesso.

Em seguida, deu-se início a confecção da restauração indireta inserindo incrementos da resina composta na parede de fundo de ambos os dentes para a confecção das restaurações com resina Vittra Unique® com tecnologia APS (FGM), como visto na figura 16. Confecção da parede lingual do dente 16 utilizando resina composta cor A1B Forma®, como visto na figura 17. Em seguida procedeu-se com a confecção da parte oclusal das restaurações utilizando a resina composta nanoparticulada Vittra®, cor EA2 com tecnologia APS, com espátulas Modella®, esculpadora de Fissura da LM-Arte®, e pincel para resina com agente modelador de resina da Ultradent® na última camada. O pigmento ocre da Yller® foi inserido nos sulcos da anatomia com uma lima número 10, antes de polimerizar a restauração. Por fim, as cúspides em resina foram aproximadas, a fim de proteger o pigmento inserido como mostra a figura 18.



Figura 16: inserção de incremento inicial na parede de fundo de ambos os dentes.

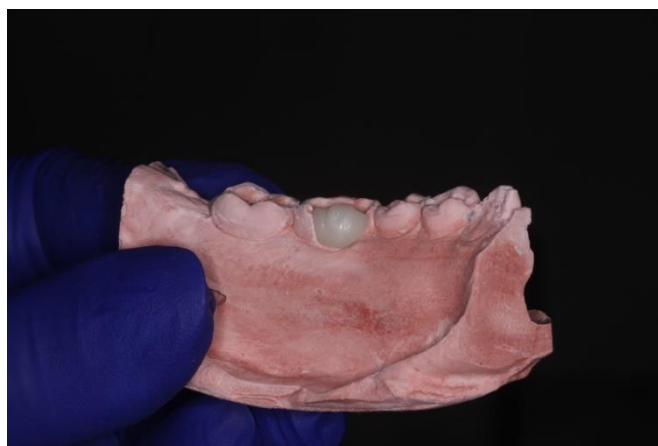


Figura 17: confecção da parede lingual do dente 16 utilizando resina composta cor A1B Forma®.



Figura 18: confecção da parte oclusal das restaurações utilizando a resina composta nanoparticulada Vittra®, cor EA2 com tecnologia APS.

Após toda a escultura, obteve-se um bom resultado, como mostra a figura 19.

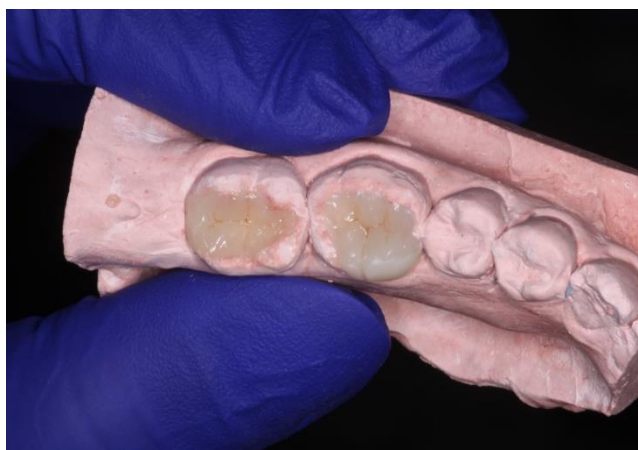


Figura 19: vista oclusal das restaurações finalizadas no modelo de gesso.

Em seguida, procedeu-se à imersão do modelo de gesso em água quente por alguns minutos para derretimento da cera presente sob a restauração, como mostra a figura 20.



Figura 20: modelo de gesso imerso em água quente.

Em seguida, foi feita a remoção das restaurações do modelo de gesso para a prova seca das peças nas cavidades sem e com isolamento absoluto, como mostram as figuras 21, 22 e 23.



Figura 21: remoção das restaurações com espátula LM-Arte® Esculpidora de fissura.



Figura 22: prova seca das peças sem isolamento absoluto.



Figura 23: prova das peças com isolamento absoluto.

A espessura das restaurações dos dentes 36 e 37 foi medida com o especímetro Iwanson Golgran®, obtendo uma espessura de quase 3 mm e 1,2 mm, respectivamente como mostra a figura 24 A e B.

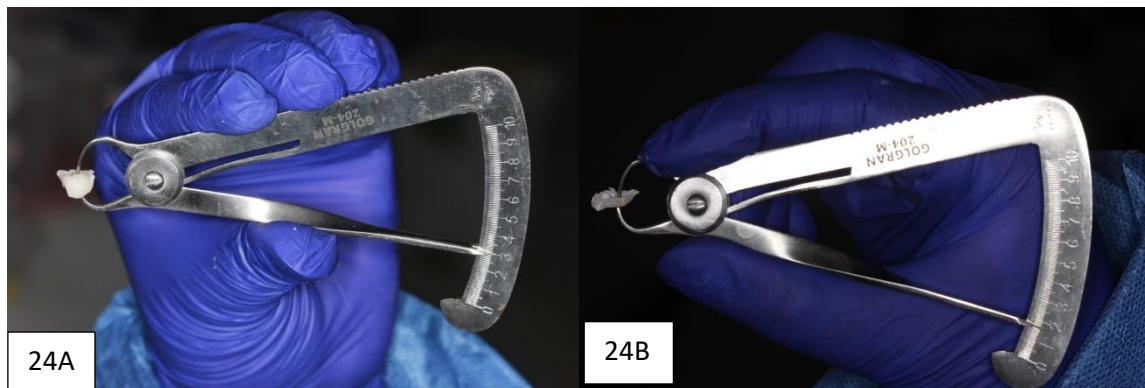


Figura 24: medição da espessura das restaurações. Em 24 A, observa-se espessura de aproximadamente 3 mm da restauração do dente 36. Em 24 B, observa-se espessura de 1,2 mm na restauração do dente 37.

Após a aferição, as peças confeccionadas (figura 25 A), passaram por etapas de preparo, com realização de condicionamento ácido na parte interna das peças com ácido fosfórico a 37% (Condac®), como visto na figura 25 B. Em seguida foi aplicado silano em dupla camada com intervalo de 1 minuto entre elas, como visto na figura 25 C. Em seguida foi aplicado adesivo universal Ambar® no interior das peças, em dupla camada, volatilizando os solventes entre as aplicações com jatos de ar como mostrado na figura 25 D.

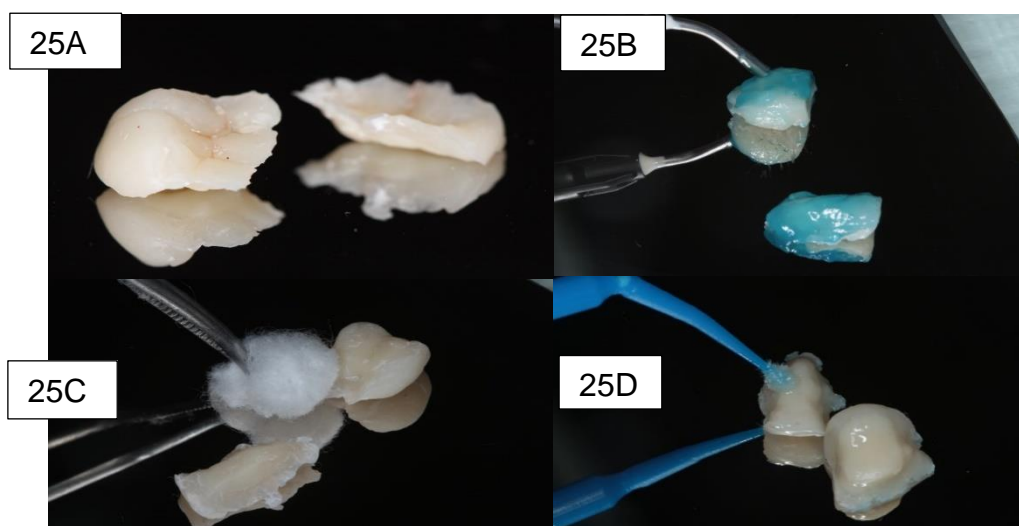


Figura 25: etapa de preparo das peças. Em 25 A, observa-se o aspecto clínico das restaurações antes do preparo. Em 25 B, condicionamento com ácido fosfórico 37%. Em 25 C, aplicação do silano. Em 25 D, aplicação de dupla camada do adesivo universal.

Para dar início a cimentação das restaurações, foi realizada profilaxia com pedra-pomes e água com auxílio de uma escova de Robinson em baixa rotação em ambos os dentes, como MOSTRA a figura 25 A; condicionamento ácido seletivo com ácido fosfórico 37% em ambos os dentes, como mostra a figura 25 B; aplicação e fotopolimerização do adesivo universal nas cavidades como mostra a figura 25 C; em seguida iniciou-se a cimentação das restaurações como mostra a figura 25 D.

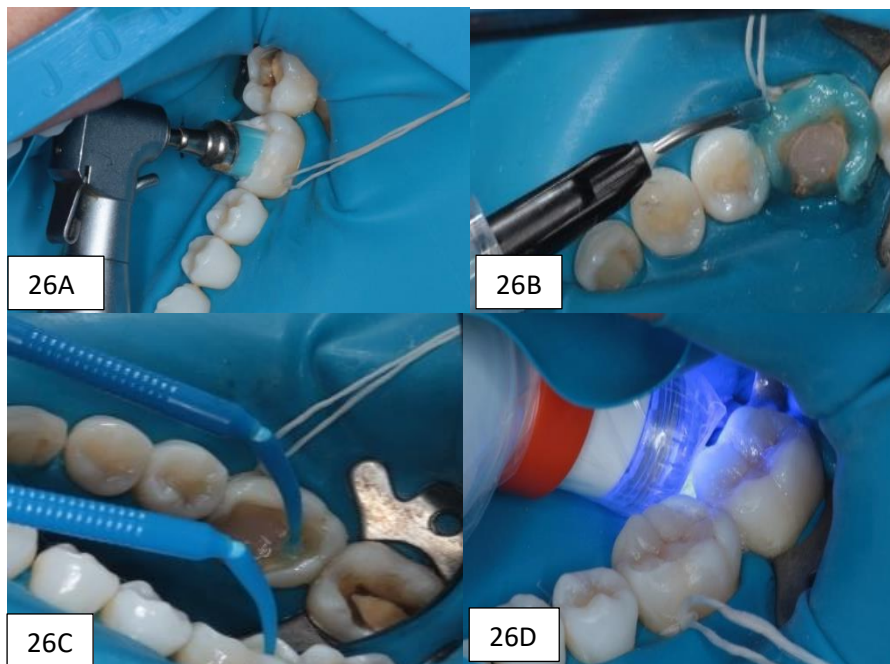


Figura 26: etapas da cimentação das restaurações. Em 26 A, observa-se a visão espelhada da profilaxia prévia a cimentação. Em 26 B, observa-se a foto espelhada condicionamento ácido seletivo. Em 26 C, observa-se o espelhamento da aplicação do adesivo universal nas cavidades. Em 26 D, observam-se as restaurações cimentadas em fase de fotopolimerização.

Após isso, obteve-se um bom resultado clínico final com as duas restaurações semidiretas no 36 e 37 cimentadas, como mostra a figura 27.



Figura 27: aspecto clínico final após a cimentação, acabamento e polimento das restaurações.

4 DISCUSSÃO

A perda acentuada de estrutura mineral do órgão dentário causada mais comumente pela doença cárie, requer alternativas terapêuticas que possibilitem a preservação e reabilitação do órgão dentário (ALBERGARIA et al., 2022).

Segundo Lago, Skupien e Souza (2011), a contração de polimerização das resinas compostas em cavidades com ampla perda de tecido duro em dentes posteriores, associada ao desgaste, infiltração marginal e possibilidade de sensibilidade pós-operatória com o uso da técnica direta, faz com que seja necessário o uso de diferentes técnicas e materiais restauradores para minimizar tais desvantagens desse material.

Segundo Lago, Skupien e Souza (2011), Alharbi et al., (2013); Blanco et al., (2017), Ferraris (2017) e Veneziani et al., (2017) as restaurações em resina composta feitas fora da boca do paciente, por técnica semidireta ou indireta, que permitem métodos complementares de polimerização, o que diminui a contração do material, são excelentes técnicas que podem ser utilizadas nesses casos, pois proporcionam um resultado estético; dão suporte ao substrato dentário; são mais resistentes ao desgaste; possuem uma boa adaptação marginal; possibilitam a confecção da anatomia dentária adequada e duram mais tempo em relação às diretas. Por essas razões, a técnica indireta foi escolhida para as restaurações nos dentes posteriores inferiores da paciente desse caso.

Para Alharbi et al., (2013), a abordagem de confecção extraoral da restauração do paciente, na clínica, sobre modelo da arcada dentária do paciente possibilita a vantagem ao paciente de ter um trabalho menos custoso em termos financeiros e de gastar menos sessões clínicas que a indireta que requer o envio do modelo para um laboratório. Neste trabalho, a restauração foi esculpida sobre o modelo, provada e cimentada na paciente em uma sessão seguinte devido ao tempo longo de espera na cadeira odontológica, não tendo interferências no resultado do trabalho.

O protocolo clínico de realização das técnicas restauradores direta e indireta nos elementos dentários 36 e 37 corroboram com as etapas citadas por Veneziani et al., (2017) que inicia com a remoção das restaurações

insatisfatórias e do tecido cariado; preparo cavitário específico para restaurações indiretas; moldagem com material elastomérico; confecção da restauração indireta em cadeira ou no laboratório; prova da restauração nas cavidades; isolamento absoluto e cimentação definitiva; e finaliza com acabamento e polimento.

Segundo Rocca et al., (2016) o preparo cavitário para restaurações indiretas deve seguir alguns parâmetros para a garantia do sucesso da cimentação adesiva, como por exemplo, a confecção de paredes expulsivas, como foi feito neste caso clínico, onde obteve-se um melhor assentamento do material restaurador e um menor estresse sobre as paredes dentárias remanescentes.

Previamente à confecção e cimentação das restaurações em resina composta desse caso, foi realizada uma profilaxia das cavidades para a eliminação de contaminantes que interfiram na adesão entre o substrato dentinário e o elemento dentário, como mostra Alharbi et al., (2013).

Após a profilaxia e antes da cimentação foi feito, neste caso clínico, um revestimento na parede de fundo das cavidades realizado com cimento biocerâmico, pois a cavidade no elemento dentário 37 era profunda e a paciente tinha histórico de sintomatologia nesse elemento durante a mastigação de alimentos sólidos. O cimento biocerâmico foi escolhido neste caso devido a sua bioatividade e excelentes propriedades de selamento para substituição da dentina, pois ele auxilia na manutenção da vitalidade pulpar em dentes com cavidades profundas e não apresenta limitação de polimerização em profundidade, sendo uma medida semelhante as de Brigagão et al., (2016) e Nikaido et al., (2018) que utilizaram diferentes sistemas adesivos com essa finalidade, de selar a dentina para evitar infiltração bacteriana e impedir agressões pulpares.

As etapas seguintes de cimentação das restaurações em resina composta indiretas seguiram etapas semelhantes às de Lago, Skupien e Souza (2011) e Souza Júnior et al., (2017), onde foi utilizado cimento resinoso dual, levando em consideração a espessura das restaurações, que possui ativação química e fotopolimerizável, o que garante uma maior durabilidade da restauração. Cada

face dentária foi fotopolimerizada durante 40 segundos como feito por Lago, Skupien e Souza (2011), para garantir uma boa união entre a restauração e o substrato dentário. Ao final, obteve-se um aspecto tanto estético quanto funcional satisfatório dos elementos dentários trabalhados, corroborando com os resultados relatados na literatura.

5 CONCLUSÃO

Compreender a etiologia da perda de estrutura dentária para a individualização do tratamento do paciente é fundamental. Um tratamento efetivo, estético e funcional é obtido quando protocolos são seguidos e individualizados, quando o material escolhido seja compatível com a situação socioeconômica do paciente e quando o profissional executa bem as técnicas. Dessa forma, o resultado é satisfatório e as funções perdidas do órgão dentário são devolvidas, como no presente caso relatado.

REFERÊNCIAS

ALBINO, L.G. B. et al. Substituição Natural de Esmalte e Dentina: Restauração Simplificada de Dentes Posteriores. **Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 236-241, 2016.

ALHARBI, A. et al. Semidirect Copposite Onlay with Cavity Sealing: a review of clinical procedures. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Geneva, v. 26, n. 2, p. 01-10, 2013.

ANDRADE, O. S. et al. Selamento Imediato da Dentina em Prótese Fixa: Aplicação e Considerações Clínicas. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 55-58, 2008.

BLANCO, A. B. D. et al. Management of Large Class II Lesions in Molars: how to restore and when to perform surgical crown lengthening. **Restorative Dentistry and Endodontics**, Santiago de Compostela, v. 42, n. 3, p. 240-252, 2017.

BRIGAGÃO, V. C. et al. Selamento Dentinário Imediato: Proposição de Protocolos Clínicos. **Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 186-191, 2016.

CARVALHO, M. A. et al. Significance of Immediate Dentin Sealing and Flowable Resin Coating Reinforcement for Unfilled/Lightly Filled Adhesive Systems. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Anápolis, v. 33, [s/n], p. 88-98, 2021.

DIETSCHI, D.; SPREAFICO, R. Evidence-based Concepts and Procedures for Bonded Inlays and Onlays. Part I, Historical Perspectives and Clinical Rationale for a Biosubstitutive Approach. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, Geneva, v. 10, n. 1, p. 02-19, 2015.

FERRARIS, F. Posterior Indirect Adhesive Restorations (PIAR): Preparation Designs and Adhesthetics Clinical Protocol. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, Alessandria, v. 12, n. 4, p. 482-502, 2017.

LAGO, M.; SKUPIEN, J.A.; SOUZA, N. C. Restaurações Indiretas em Resina Composta – Desmistificação da Técnica. **International Journal of Dentistry**, Recife, v. 10, n. 4, p. 282-286, 2011.

MOREIRA, A. M. F. et al. Coroas Cerâmicas Bi-layers: Uma revisão de literatura sobre tipos de cerâmicas, processamento cerâmico e tensão residual. **Journal of Dentistry and Public Health**, Salvador, v. 11, n. 1, p. 52-66, 2020.

NIKAIDO, T. et al. Concept and Clinical Application of the Resin-Coating Technique for Indirect Restorations. **Dental Materials Journal**, Tokyo, v. 37, n. 2, p. 192-196, 2018.

ROCCA, G. T. et al. Evidence-based Concepts and Procedures for Bonded Inlays and Onlays. Part II, Guidelines for Cavity Preparation and Restoration Fabrication. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, Geneva, v. 10, n. 3, p. 02-23, 2015.

ROCCA, G. T.; KREJCI, I. Crown and Post-Free Adhesive Restorations for Endodontically Treated Posterior Teeth: from direct composite to Endocrowns. **The European Journal of Esthetic Dentistry**, Geneva, v. 8, n. 2, p. 154-177, 2013.

VENEZIANI, M. Adhesive Restorations in the Posterior Area with Subgingival Cervical Margins: New Classification and Differentiated Treatment Approach. **The European Journal of Esthetic Dentistry**, Vigolzone, v. 5, n. 1, p. 50-76, 2010.

VENEZIANI, M. Posterior Indirect Adhesive Restorations: updated indications and the morphology Driven Preparation Technique. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, Vigolzone, v. 12, n. 2, p. 02-28, 2017.

ABSTRACT

Gabriella Borges de Araújo

Ana Luísa de Ataíde Mariz

Among the factors that can cause the loss of hard dental tissues, caries disease is the main one. An analysis of the level of dental destruction caused by it or another factor is mandatory for the definition of the correct therapeutic decision. Adhesive restorative procedures performed directly, semi-directly and indirectly are alternatives that can be used by professionals to rehabilitate a dental element compromised from the coronium point of view. Thus, the aim of this work is to report a clinical case where direct and indirect restorations were performed in two postthertoinferior dental elements, one non-vital and the other with pulp vitality, with extensive coronary destruction. After performing all the cavity preparation, partial molding was performed with silicone of addition of the region to be worked; molding of the antagonist arch with irreversible hydrocolloside; sculpture of the indirect restorations with composite resin; and, due to the waiting time, the restorations were cemented in a following session with dual resin cement where an excellent aesthetic and functional result was obtained in both dental elements.

Key-words: Estética dentária. Reabilitação bucal. Resina composta. Restaurações extracoronárias.