



Relato de Caso Clínico

RESTAURAÇÕES EM RESINA COMPOSTA EM ÁREA ESTÉTICA: CASO CLÍNICO

Restorations with composite resin
in esthetic area: Case Report

RAISA CAROLINA HINTZ

Mestre em Dentística pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Professora do Curso de Odontologia - Centro Universitário de União da Vitória (UNIUV)

CAMILA BONETE MIERZVA

Cirurgiã-Dentista graduada pelo Centro Universitário de União da Vitória (UNIUV)

JÉSSICA TUANI LEANDRO

Cirurgiã-Dentista graduada pelo Centro Universitário de União da Vitória (UNIUV)

ALINE FERNANDA HINTZ

Mestre em Dentística pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Resumo: A estética dental tornou-se um importante quesito na aparência pessoal. O aumento da demanda estética em dentes anteriores tem encorajado os cirurgiões-dentistas a tentar novos materiais para a técnica restauradora. O planejamento deve ser realizado de modo que permita formular um bom prognóstico a médio e longo prazo e sempre levar em consideração as expectativas do paciente, pois o formato, o tamanho dos dentes e a proporção entre a altura e a largura da coroa estão entre as características mais importantes e mais notáveis no sorriso. Atualmente, o cirurgião-dentista possui diversas opções restauradoras para os dentes anteriores. Procedimentos diretos ou indiretos, com resinas compostas ou cerâmicas, buscam reproduzir as características dos dentes naturais como a cor e a forma, essa variedade de materiais aumenta a possibilidade do profissional em obter resultados interessantes e previsíveis em relação as restaurações em dentes anteriores. A Odontologia restauradora sempre teve a preocupação de encontrar um material restaurador que, além de restabelecer a função do elemento dental, apresentasse adequada resistência à abrasão, boa adaptação marginal, biocompatibilidade e que reproduzisse a cor natural dos dentes.

Palavras-chave: Dentística. Estética Dentária. Técnica para Retentor Intrarradicular.

Como citar este artigo: Hintz RC, Mierzva CB, Leandro JT, Hintz AF. Restaurações em resina composta em área estética: Caso Clínico. Rev Nav Odontol. 2017, 44(1):48-56.

Submetido: 01 de setembro de 2016

Revisado e aceito: 26 de julho de 2017

Endereço de contato: Avenida Bento Munhoz da Rocha Neto, nº 3856 - Rocio - União da Vitória - PR - CEP - 86400-000

E-mail: raisa_hintz@hotmail.com

Os autores não relatam interesse comercial, financeiro ou de propriedade nos produtos ou empresas descritos neste artigo.

Restaurações em resina composta em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin in esthetic area: Case Report

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 1980 a estética dental tornou-se um importante quesito na aparência pessoal. O aumento da demanda estética em dentes anteriores tem encorajado os cirurgiões dentistas a tentar novos materiais desenvolvidos, para opções de tratamentos mais conservadores (1).

A existência de alterações nos dentes anteriores, como as causadas por lesões de cárie, traumatismo, má formação, mau posicionamento no arco dental, restaurações deficientes, distúrbios oclusais, normalmente gera um prejuízo estético significativo aos pacientes (2).

As expectativas do paciente e a busca pelo entendimento das possíveis soluções terapêuticas são essenciais antes de iniciar qualquer planejamento (3) e este deve ser realizado de modo que permita formular um bom prognóstico a médio e longo prazo (4).

O formato, o tamanho dos dentes e a proporção entre a altura e a largura da coroa estão entre as características mais importantes e mais notáveis no sorriso (5).

Atualmente, o cirurgião-dentista possui diversas opções restauradoras para os dentes anteriores. Procedimentos diretos ou indiretos, com resinas compostas ou cerâmicas, variáveis que muitas vezes dificultam o correto diagnóstico de qual técnica e qual material são mais adequados para cada situação clínica (2).

Materiais restauradores buscam reproduzir as características dos dentes naturais como a cor e a forma, essa variedade de materiais aumenta a possibilidade do profissional em obter resultados interessantes e previsíveis em relação as restaurações em dentes anteriores (3).

Uma das preocupações da Odontologia, desde seu início, foi a de encontrar um material restaurador que, além de restabelecer a função do elemento dental, apresentasse adequada resistência à abrasão, boa adaptação marginal, biocompatibilidade e que reproduzisse a cor natural dos dentes (5).

As resinas restauradoras modernas são baseadas na mesma formulação da pesquisa clássica de Bowen, porém com algumas modificações introduzidas no decorrer do tempo (4).

Resinas nanoparticuladas foram introduzidas no mercado odontológico com o objetivo de atender à crescente demanda por um material restaurador universal, ou seja, que pudesse ser usado tanto em dentes anteriores como em posteriores (6), além da capacidade de conciliar vantagens das resinas micro-híbridas com as micropartículas, resultando em um material com boas propriedades mecânicas e bom polimento (7).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Este estudo tem como maior objetivo demonstrar como o sorriso, a estética e a saúde bucal

foram restabelecidas e a reabilitação oral obtida em uma paciente da clínica integrada, fazendo a associação de todos os materiais e procedimentos, desde a devolução da saúde periodontal, exodontias, endodontia, estética, pino de fibra e prótese removível, necessários para isto.

Objetivo Específico

Demonstrar o tratamento integrado em uma paciente da Clínica Odontológica do Centro Universitário de União da Vitória, possibilitando a reabilitação de dentes anteriores com resina composta direta nos dentes 11, 12, 13, 22 e 23, além da associação da confecção de pino de fibra de vidro e restauração com resina composta direta no elemento 12.

CASO CLÍNICO

Paciente S.C.B., sexo feminino, 30 anos de idade compareceu à clínica da UNIV queixando-se principalmente da estética dos dentes anteriores, além da fratura no elemento 14. Após anamnese, exame clínico e levantamento radiográfico periapical realizou-se o planejamento e após a aprovação da Comissão do Trabalho de Conclusão de Curso deu-se início ao tratamento odontológico integrado da paciente (Fig. 1).

Inicialmente, realizou-se adequação do meio bucal com ionômero de vidro (MaxxionR®, FGM, Joinville, Brasil), uma vez que a paciente apresentava alto índice de cárie, principalmente em áreas interproximais por apresentarem maior retenção de alimentos, elevando a condição de formação de placa e consequentemente o aparecimento das lesões cáries (Figs. 2 e 3).

A paciente foi submetida a um procedimento periodontal denominado gengivoplastia no dente 11, pois o sucesso da técnica restauradora direta consiste em dois fatores: a estética e a integridade da saúde periodontal.

Mediante a avaliação radiológica, foi confirmada a necessidade de exodontia dos elementos: 14, 16, 17, 18, 25, 27, 28, 46 e 48. As sessões cirúrgicas foram executadas em três etapas: exodontias dos elementos do 1º quadrante, do 2º quadrante e do 4º quadrante, respectivamente.

A paciente necessitou de tratamento endodôntico dos elementos 11, 12 e 21 os quais foram tratados em três sessões utilizando-se a técnica de condensação lateral.

Na sequência iniciaram-se os procedimentos restauradores posteriores superiores e inferiores, na seguinte ordem: elemento 34 (oclusal) e 35 (ocluso-distal), elemento 44 (mésio-oclusal), 45 (oclusal), 47 (ocluso-distal), 15 (mésio-ocluso-distal). O critério para escolha da realização das restaurações foi dado pela complexidade.

A próxima etapa do trabalho consistiu na execução das restaurações dos elementos 11 (mésio-

distal), 13 (distal), 21 (mésio-distal), 22 (mésio-disto-palatina) e 23 (mésio-distal), além da confecção de pino de fibra de vidro e restauração em resina composta no elemento 12 (Fig. 4).

Para a confecção do pino de fibra de vidro, foi realizado primeiramente o preparo do dente e, em seguida, a remoção do material obturador (guta-percha) do canal radicular, deixando apenas 3 mm no ápice para manter a integridade da região apical. Antes da inserção e cimentação do conjunto no conduto, foi realizada a prova do pino para aferição do comprimento do mesmo. Radiografias periapicais foram realizadas nesse momento para comprovação da plena adaptação do pino ao conduto. Procurou-se manter uma porção de aproximadamente 3 mm do pino além do conduto (região cervical) para servir como guia para confecção do munhão.

Na sequência foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico 37% (Condac37®, FGM, Joinville, Brasil) por 15 segundos e lavado abundantemente (Fig. 6). Aplicou-se sistema adesivo convencional de 2 passos (Ambar®, FGM, Joinville, Brasil), seguindo-se as recomendações do fabricante (Fig. 7) e, em seguida, fotopolimerizado (Fig. 8). Para cimentação do pino foi utilizado cimento resinoso dual (Allcem®, FGM, Joinville, Brasil), seguindo o protocolo de utilização, com ponteira automisturadora. O cimento foi inserido diretamente dentro do conduto e imediatamente após, o pino de fibra de vidro (Whitepost DC®, FGM, Joinville, Brasil) foi levado em posição dentro do canal radicular para a construção do munhão. O próprio cimento resinoso dual foi utilizado para confecção do munhão. O tempo de trabalho foi de aproximadamente 1 minuto e 30 segundos e o tempo de fotopolimerização utilizado foi de 40 segundos por incremento. Após o pino estar cimentado e a confecção do munhão concluída, aguardou-se o tempo da polimerização química (6 a 7 minutos sintraconduto) para então iniciar os desgastes necessários ao munhão e, posteriormente, receber o tratamento restaurador direto com resina composta nano-híbrida (Opallis®, FGM, Joinville, Brasil), seguindo o protocolo estipulado anteriormente.

Por se tratar de região estética, tornou-se imprescindível a confecção do enceramento diagnóstico, pois associado a um planejamento integral, serviu de demonstração para a paciente do trabalho a ser executado e do provável resultado estético, além de devolver equilíbrio ao sistema estomatognático. A partir deste enceramento, confeccionou-se uma guia de silicone que auxiliou a confecção das restaurações anteriores (8) (Fig. 9).

Para o tratamento restaurador de todos os elementos, foi adotado um protocolo de atendimento (Tabela 1) para manter a padronização do trabalho, garantindo resultado satisfatório (Figs. 10-12A e B).

DISCUSSÃO

A estética dental hoje tem um papel relevante

Restaurações em resina composta
em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin
in esthetic area: Case Report



FIGURA 1 - Inicial.



FIGURA 2 - Adequação do meio bucal com cimento de ionômero de vidro.



FIGURA 3- Adequação do meio bucal com cimento de ionômero de vidro.

Restaurações em resina composta
em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin
in esthetic area: Case Report

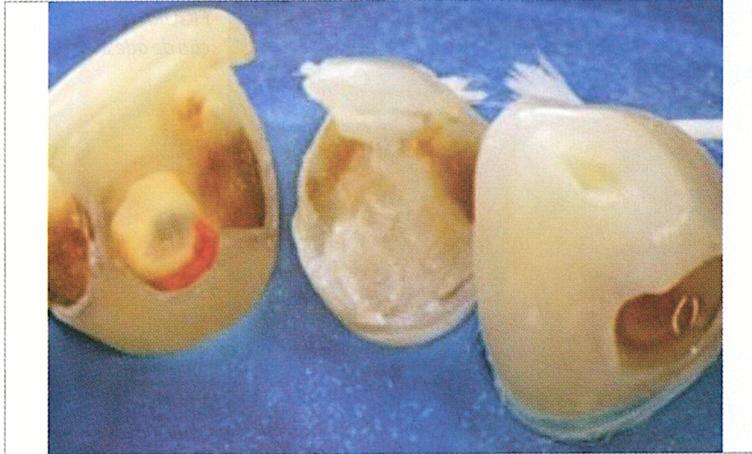


FIGURA 4 - Preparo para pino de fibra no dente 12.



FIGURA 5 - Preparos para reconstrução com resina composta no 1º quadrante.

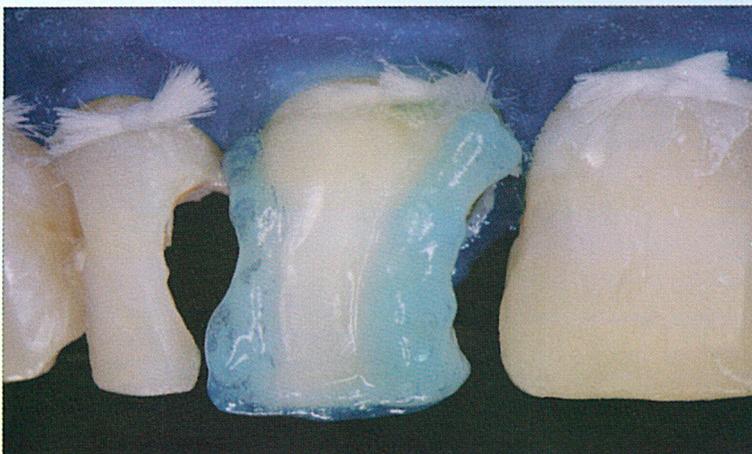


FIGURA 6 - Condicionamento com ácido fosfórico 37%.

Restaurações em resina composta
em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin
in esthetic area: Case Report



FIGURA 7 - Aplicação de adesivo.

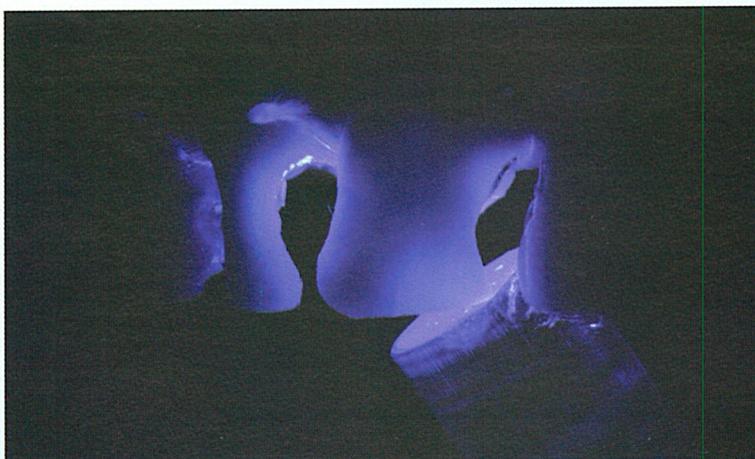


FIGURA 8 - Fotopolimerização.



FIGURA 9 - Uso do guia de silicone para reconstrução da face palatina.

Restaurações em resina composta
em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin
in esthetic area: Case Report



FIGURA 10 - Aspecto imediato das restaurações.

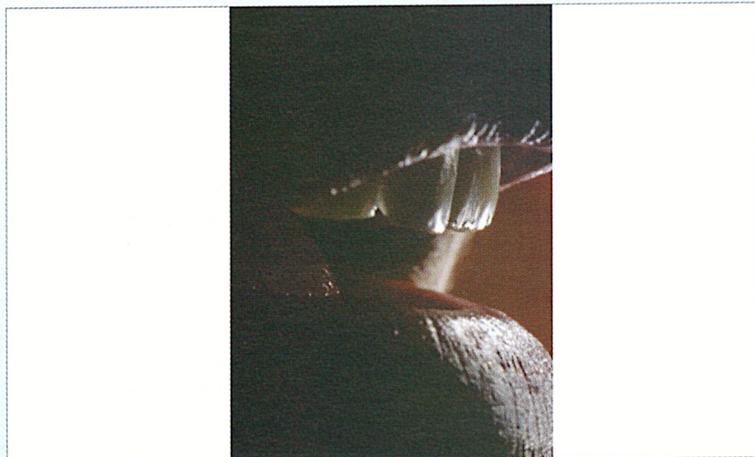


FIGURA 11 - Final de perfil.

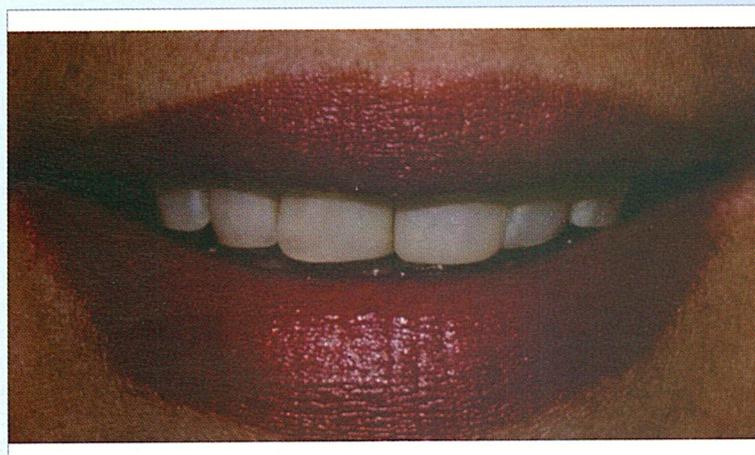


FIGURA 12A - Aspecto final.

Restaurações em resina composta em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin in esthetic area: Case Report

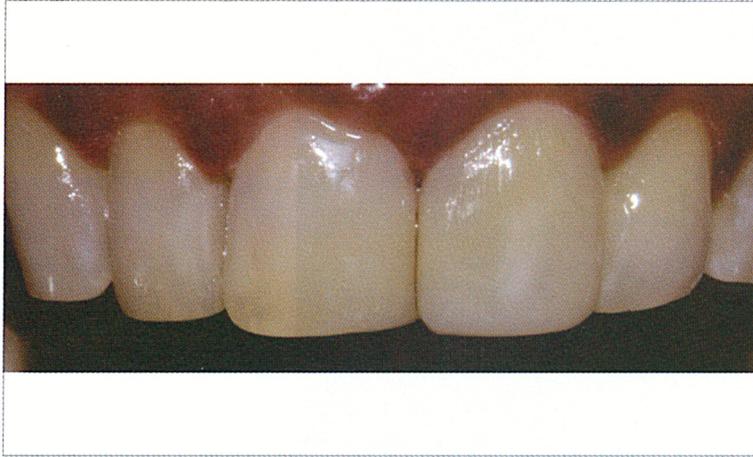


FIGURA 12B - Aspecto final.

na vida das pessoas, pois o sorriso é fator decisivo para inserção do indivíduo na sociedade. A estética dental visa proporcionar e restabelecer a harmonia dos dentes, devolvendo a forma do sorriso. Aliados a técnicas menos invasivas, os avanços no desenvolvimento das resinas compostas, um material estético com boa adaptação e longevidade clínica, têm sido fundamentais para o sucesso clínico.

O conceito de odontologia restauradora atual preconiza que para qualquer tipo de procedimento, o profissional deve sempre optar pela abordagem mais conservadora, isto é, com maior preservação da estrutura dental sadia. Além disso, a odontologia se encontra em contínuo avanço e tem sido cada vez mais praticada nos últimos anos em virtude dos procedimentos adesivos e do desenvolvimento dos materiais restauradores que buscam a reprodução das características naturais das estruturas dentais (3).

Nos tempos modernos, a estética tem sido cada vez mais procurada pelos pacientes. Não apenas como sinônimo de beleza, mas também de saúde. Cada vez mais encontramos indivíduos preocupados e fascinados com a beleza do sorriso harmônico e branco. Entretanto, muitos fatores podem alterar a beleza do sorriso. Fatores como forma, textura, posição e coloração dos dentes, podem ser responsáveis por esta alteração (9).

O primeiro contato com o paciente, que procura um tratamento odontológico estético, tem por finalidade compreender as necessidades primordiais deste paciente, isto é, entender qual o principal problema que o incomoda. Assim, o profissional deve ouvir atentamente as explicações do paciente, o nível de expectativa e o grau de exigência com relação ao tratamento a ser realizado (3).

Uma sequência de procedimentos pode ser feita para obter informações essenciais para

elaboração de um planejamento estético individualizado, a começar por um exame clínico detalhado, devendo ser complementado com a requisição de radiografias, fotografias e modelo de estudo (10).

A preferência dos profissionais no final da década de 80 era a possibilidade de que uma única resina composta pudesse ser usada em restaurações anteriores e posteriores, por isso, as propriedades mais exigidas eram a resistência ao desgaste e a estética (11).

A estética dentro de nossa cultura é um símbolo, não somente de saúde e beleza, sendo também de autoestima, situação econômica e social. Com a valorização da estética, as técnicas restauradoras minimamente invasivas, proporcionaram uma expansão da atual filosofia conservadora da odontologia (12).

Nas últimas décadas, as resinas compostas fotopolimerizáveis, associadas à técnica do condicionamento ácido do esmalte e dentina, têm sido utilizadas em restaurações. Desde seu advento por Bowen, na década de sessenta (1962), as resinas compostas têm sido aperfeiçoadas em relação às suas propriedades físicas e mecânicas, proporcionando menor grau de contração de polimerização, maior dureza e resistência ao desgaste e à compressão elevadas (9).

Têm-se alcançado bons resultados clínicos utilizando resinas nanoparticuladas por apresentarem maior lisura superficial e manutenção de brilho quando comparadas com as resinas híbridas convencionais. São também consideradas resinas de uso universal. Possuem excelentes propriedades mecânicas e lisura superficial, tanto em dentes anteriores, quanto posteriores (3).

O uso de pinos de fibras pré-fabricados, associados às resinas compostas, constitui uma opção

conservadora para a restauração de dentes anteriores tratados endodonticamente (13). Alguns autores propõem o uso dos pinos intrarradiculares como material de escolha, relatando que seu uso pode aumentar a resistência à fratura desses dentes (9).

A necessidade da utilização de pinos intrarradiculares também está relacionada à posição do dente no arco dental. Dentes anteriores recebem forças angulares que resultam em forças de cisalhamento, portanto, são restaurados com pinos com maior frequência que os dentes posteriores (9).

A necessidade de retenção intrarradicular nem sempre requer à associação com coroas protéticas, principalmente quando ainda existe remanescente coronário e pode-se efetuar uma restauração direta com resina composta. Hoje, a associação da técnica adesiva com os sistemas de pinos de fibras pré-fabricados permite uma redução na incidência dessas fraturas, uma vez que os mesmos apresentam módulos de elasticidade próximos ao da dentina, possibilitando uma melhor distribuição de estresse no remanescente dentário e também favorecendo a reabilitação estética, por possuírem uma cor próxima à da estrutura dentária e não sofrerem oxidação (13).

As vantagens dos pinos de fibra têm sido várias vezes demonstradas. Esses sistemas podem reduzir a incidência de fraturas da raiz se comparados aos pinos pré-fabricados metálicos ou metálicos convencionais (14). Também são estéticos e mais translúcidos, o que permite uma melhor transmissão da luz (17).

Além da preservação dos tecidos dentários, destacam-se o reforço do remanescente coronário, o baixo custo e o menor número de sessões clínicas (13), menor desgaste da estrutura dental, adesão à dentina através de cimentos resinosos associados a adesivos e técnica simplificada (15). Pode ser facilmente removido do canal com um instrumento manual, caso haja a necessidade de retratamento endodôntico (16).

Restaurações em resina composta em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin in esthetic area: Case Report

Protocolo do Procedimento Restaurador Direto (PPRD)	
1. Profilaxia	<ul style="list-style-type: none">• Com água e pedra pomes
2. Anestesia	<ul style="list-style-type: none">• De acordo com a região a ser trabalhada. Para todas as restaurações realizadas.
3. Seleção de cor	<ul style="list-style-type: none">• Dentes limpos• Iluminação adequada• Observação das espessuras de esmalte e dentina<ul style="list-style-type: none">• Mapa cromático• Antes do isolamento absoluto<ul style="list-style-type: none">• Teste com resina
4. Isolamento do Campo Operatório	<ul style="list-style-type: none">• Isolamento total• Uso de grampos de acordo com dente
5. Preparo Cavitário	<ul style="list-style-type: none">• Remoção de tecido cariado com brocas em baixa rotação e colher de dentina<ul style="list-style-type: none">• Preparo conservador• Broca do tamanho ou ligeiramente maior que a cavidade
6. Proteção do complexo dentina-polpa	<ul style="list-style-type: none">• Caso necessário:<ul style="list-style-type: none">• Ca(OH)₂• Cimento de ionômero de vidro químico
7. Sistema Adesivo	<ul style="list-style-type: none">• Convencional de 2 passos (H3PO4 + Primer/Adesivo)
8. Restauração	<ul style="list-style-type: none">• Resina composta direta do tipo nano-híbridas de uso universal (anterior/posterior)
9. Checagem da Oclusão	<ul style="list-style-type: none">• Sempre ao término de cada restauração com papel carbono
10. Acabamento e Polimento	<ul style="list-style-type: none">• Imediato• Mediato - após 1 semana
11. Fotopolimerização (de acordo com o fabricante)	<ul style="list-style-type: none">• 20 segundos para adesivo• 20 segundos para resina de esmalte• 20 segundos para resina de dentina

Tabela 1

O tratamento com pinos é indicado para dentes que possuam pouco remanescente coronário, por meio de técnica restauradora conservadora e acessível (9). A reabilitação de dentes tratados endodonticamente de forma minimamente invasiva associando-se pinos de fibras com restaurações diretas representa uma excelente alternativa, principalmente, pelas boas propriedades mecânicas e estéticas (13).

Dentro da perspectiva de uma odontologia minimamente invasiva, o caso apresentado busca, a partir da associação de uma restauração direta com resina composta com um pino de fibra de vidro, a manutenção do tecido remanescente e o reforço coronário (13).

Os sistemas de fibra são cimentados com sistemas adesivos, sendo de preferência os adesivos duais ou quimicamente ativados (14).

Os cimentos resinosos podem ser classificados, de acordo com a reação de polimerização, em quimicamente ativados (autopolimerizados), fisicamente ativados (fotoativas) e de dupla polimerização (dual). Os cimentos duais apresentam características melhoradas, em relação aos cimentos quimicamente ativados e fotoativados, e podem ser classificados em convencionais e autoadesivos (18).

CONCLUSÃO

Com o caso concluído foi possível devolver à paciente um sorriso harmonioso e função mastigatória, além de saúde bucal e periodontal, elevando a autoestima e aumentando a chance de inclusão social.

A realização deste trabalho integrado demonstrou a possibilidade de execução de um trabalho eficiente, utilizando técnicas simplificadas e

materiais de alta tecnologia com embasamento científico, resultando em melhoria estética e do bem-estar da paciente.

Além disso, durante toda a execução do trabalho, foi evidenciada a importância de um correto diagnóstico e planejamento para o sucesso do tratamento.

ABSTRACT

Dental esthetics have become an important aspect in personal appearance. The increased esthetic demand on anterior teeth has encouraged dentists to try new materials for the restorative technique. Planning for the patient should be performed in a way that allows a good prognosis to be formulated in the medium and long term and always takes into consideration the patient's expectations, since the shape, the size of the teeth and the proportion

Restaurações em resina composta em área estética: Caso Clínico

Restorations with composite resin in esthetic area: Case Report

between the height and the width of the crown are among the most important and notable features in the smile. Currently dentists have several restorative options for the anterior teeth. Direct or indirect procedures, with composite resins or ceramic, seek to reproduce the characteristics of natural teeth such as color and shape, this variety of materials increases the possibility of the professional to obtain interesting and predictable results regarding anterior teeth restorations. Restorative dentistry has always sought to find a restorative material that, besides restoring the function of the dental element, presented adequate resistance to abrasion, good marginal adaptation, biocompatibility and that reproduced the natural color of the teeth. Keywords: Dentistry. Esthetic Dentistry. Post and Core Technique.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Türkaslan S, Ulusoy KU. Esthetic rehabilitation of crowded maxillary anterior teeth utilizing ceramic veneers: a case report. *Cases J*. 2009; 2:8329.

2. Hirata R, Ampessan RL, Liu J. Reconstrução de dentes anteriores com resinas compostas: uma sequência de escolha e aplicação de resinas. *J Bras Clin Estet Odontol*. 2001 Jan/Fev; 5(25):15-25.
3. Palomino KP. Restauração com resina composta em dentes anteriores. [Monografia especialização]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
4. Baratieri LN, Araújo Jr, EM, Monteiro Jr, S, Vieira, LCC. Caderno de dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. São Paulo: Editora Santos, 2002.
5. Mondelli J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. São Paulo: Editora Santos, 2003.
6. Becker AB, Costa SXS, Rastelli ANS, Andrade MF, Bagnato VS, Bier CAS. Estudo de efeito da termociclagem na resistência à fratura de uma resina composta nanoparticulada. *RGO*. 2009.
7. Gouvêa CVD, Couto CF, Souza FN, Sales PVT, Silva LE, Barros RN. Estudo de efeito da termociclagem na resistência à fratura de uma resina composta nanoparticulada e duas resinas compostas microhíbridas. *Odontol Clin Cientif*. 2008; 7(4): 321-4.
8. Shirata KO, Bassanta DA, Silva RA. As influências dos determinantes da oclusão no enceramento de diagnóstico. *Odonto* 1999; 7(16):46-50.
9. Roberto RA. Influência de diferentes procedimentos restauradores na resistência à fratura de dentes com cavidades classe IV submetidos ao clareamento dental interno [Tese de doutorado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araraquara, 2012.
10. Higashi C, Gomes CJ, Kina S, Andrade SO, Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores. In: Myashita E, Mello AT. Odontologia

estética: planejamento e técnica, São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 139-154.
11. Dilásio CM, Prado RM, D'Azevedo SM. Desgaste e rugosidade de superfície das resinas compostas. *Salusvita*. 2005; 24(2): 275-283.
12. Martins DP, Silva SM, Torre NE, Baldissera AR, Silveira ML, Cruz NL, et al. Reabilitação estética em dentes anteriores com lesões de cárie proximais: relato de caso. *Odontol Clin Cient*. 2011; 10(3): 293-295.
13. Muniz L, Góes FC, Oliveira CA, Mathias P, Bezerra BR, Fontes MC. Restaurações diretas associadas a pinos de fibra de vidro em dentes fraturados: Relato de Caso Clínico. *R Dental Press Estet*. 2005; 2(3):45-57.
14. Sá MT, Akaki E, Sá. Pinos estéticos: qual o melhor sistema? *Arq Bras Odontol*. 2010; 6(3):179-84.
15. Clavijo RV, Souza CN, Andrade FM, Susin HA. Pinos anatômicos: uma nova perspectiva clínica. *R Dental Press Estét*. 2006; 3(3):110-130.
16. Moro M, Agostinho MA, Matsumoto W. Núcleos metálicos fundidos x pinos pré-fabricados. *PCL*. 2005; 7(36):167-72.
17. Albuquerque, R.C.; Dutra, R.A.; Vasconcellos, W.A. Pinos intrarradiculares de fibras de carbono em restaurações de dentes tratados endodonticamente. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1998; 52(6):441-4
18. Marques NJ, Gonzalez BC, Silva ME, Pereira SG, Simão AR, Prado M. Análise comparativa da resistência de união de um cimento convencional e um cimento autoadesivo após diferentes tratamentos na superfície de pinos de fibra de vidro. *Rev Odontol UNESP*. 2016; 45(2): 121-126.



XVIII Jornada Científica da OCM ocorrida nas instalações do Centro de Instrução e Adestramento Almirante Newton Braga - CIANB

CORPO DE INTENDENTES DA MARINHA

