

REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL INFERIOR COM AUMENTO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

RELATO DE CASO

LOWER AESTHETIC AND FUNCTIONAL REHABILITATION WITH INCREASED VERTICAL DIMENSION OF OCCLUSION: CASE REPORT

CARMEM MARINA DE MEDEIROS¹
MARIÁ CORTINA BELLAN²
MARÍLIA PAULUS³
ALEXANDRE CONDE⁴
LUCAS BOZZETTI PIGOZZI⁵

RESUMO:

Os hábitos parafuncionais são caracterizados como movimentos involuntários e multifatoriais, podendo ter como principais fatores causais o estresse e a ansiedade. Essa condição acarreta, muitas vezes, na diminuição da dimensão vertical de oclusão por conta do desgaste dentário, prejudicando mastigação, fonação, estética e funções, sendo, portanto, de suma importância seu diagnóstico e tratamento. Aquele se dá através da anamnese, associado ao exame clínico e, se necessário, exames complementares. A abordagem clínico-terapêutica é ampla e multidisciplinar, devendo atuar no fator causal e suas consequências, existindo uma gama de possibilidades terapêuticas, tornando, por isso, um tratamento complexo. Por tal, o presente estudo aborda uma opção de tratamento em um relato de um caso clínico onde o paciente apresentava perda de dimensão vertical de oclusão, desgastes dentários e queixas funcionais e estéticas. A técnica se deu por meio do aumento da dimensão vertical através de *Table Tops* e facetas anteriores, ambas em resina composta atrelado ao aconselhamento multidisciplinar. Este trabalho mostrou a importância da realização de uma técnica reabilitadora correta, pois a sobrecarga e a perda de dimensão vertical podem gerar danos ao sistema estomatognático, prejudicando a articulação temporomandibular, ligamentos, músculos e dentes. Nesse contexto, conclui-se que é de suma importância uma avaliação minuciosa do paciente, tendo um planejamento correto do caso para um correto tratamento e um prognóstico positivo.

UNITERMOS: Hábitos Parafuncionais. Table Tops. Resinas Compostas. Reabilitação.

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais desordens psiquiátricas que afeta o ser humano é a ansiedade. Sua prevalência vem crescendo em alta escala nos últimos anos, sendo conveniente ao estilo de vida adotado e aos fatores estressantes impostos pela sociedade¹. Uma das consequências disso é o desenvolvimento de hábitos parafuncionais como bruxismo e apertamento dentário. O bruxismo é considerado um movimento involuntário de apertar ou ranger os dentes³. Suas consequências são pertinentes como disfunções temporomandibulares, dores de cabeça, fratura e

desgaste dentário que podem levar à perda de dimensão vertical de oclusão².

Dentro disso, a dimensão vertical de oclusão pode ser estabelecida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula⁴. Sendo assim, sua avaliação, assim como sua recuperação são primordiais para a longevidade de tratamentos reabilitadores⁵. Entre esses meios de recuperação, encontram-se as restaurações diretas e indiretas⁶, próteses totais ou parciais removíveis². Para tal, é de suma importância que os fatores etiológicos sejam

¹Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. E-mail: maryna_bk@hotmail.com

²Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutora em Dentística Restauradora. E-mail: mariahbellan@gmail.com

³Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutora em Materiais Dentários. E-mail: marilia.paulus@fsg.edu.br

⁴Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutor em Materiais Dentários. E-mail: alexandre.conde@fsg.edu.com

⁵Mestre e Especialista em Prótese Dentária, Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG. Endereço Rua Os Dezoito do Forte, 2366. E-mail: lucas.pigozzi@fsg.edu.br

contatados, assim, a seleção da opção terapêutica será a mais adequada para obter um tratamento reabilitador com êxito à longo prazo⁷.

A utilização da técnica indireta com resinas compostas é uma das alternativas para a reabilitação da perda de dimensão vertical, isso quando o paciente ainda apresenta os elementos dentários. Visto que, as resinas compostas são excelentes nas reproduções de forma, cor, tamanho e podem fornecer reanatomização dentária e muitas vezes, sem necessidade de desgaste da estrutura dental, já que esses materiais obtiveram grande evolução nas suas propriedades mecânicas, de adesividade e estéticas nos últimos anos⁸, sendo portanto, também indicadas em dentes posteriores⁹. Da mesma forma que a resina composta evoluiu, a cimentação adesiva também, melhorando a durabilidade das restaurações indiretas devido ao agente de união entre o substrato dentário e a restauração¹⁰.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é fazer um relato de caso clínico de um paciente com sinais de perda de dimensão vertical de oclusão causados por hábitos parafuncionais, reabilitando com a técnica de *Table Tops* de resina composta posterior e facetas anteriores, evidenciando a necessidade de se obter uma harmonização mais saudável e com estética facial.

RELATO DE CASO

Está pesquisa se caracterizou como um relato de caso clínico, no qual, foi escolhido um paciente baseado no bando de dados da Clínica Hórus Odontologia, através da análise de casos de pacientes que deveriam possuir perda de DVO e comprometimento estético por hábitos parafuncionais, paciente jovem e saudável. Indivíduos que não apresentaram desgaste dentário e não são colaborativos às instruções de higiene bucal foram excluídos da pesquisa. O projeto encontra-se aprovado após a análise do Comitê de Ética Institucional do Centro Universitário da Serra Gaúcha (54 2101-6000).

Paciente M.G.M, 39 anos de idade, gênero masculino, morador de Farroupilha, Rio Grande do Sul, buscou atendimento na Clínica Hórus Odontologia, também situada em Farroupilha, na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 333, centro. A queixa do paciente era parecer com o sorriso invertido e acumular muita saliva no canto da boca. Este passou, então, por uma anamnese completa, além de exames clínicos e radiográficos afim de realizar tratamento reabilitador estético. Após os exames, constatou-se que o paciente se enquadrava nos critérios de inclusão e exclusão do referido estudo. Por conseguinte, foi-lhe explicado os termos do estudo e o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para iniciar o tratamento. Os exames mostraram que o paciente tinha facetas em porcelana nos dentes incisivos e caninos anteriores superiores, perda de dimensão vertical de oclusão devido ao bruxismo

severo (paciente já utiliza placa miorrelaxante), além de obter os dentes inferiores desgastados.

Devido à complexidade do caso, iniciamos por um planejamento minucioso na primeira consulta, aonde foi realizado moldagem superior com alginato tipo V (Zhermack®) e inferior com silicone de adição leve e pesada em duas etapas (Kulzer®). Sendo necessário restabelecer a dimensão vertical de oclusão do paciente, visto que para restaurar os dentes anteriores inferiores, era fundamental o espaço oclusal, assim, foi realizado um registro de mordida com um JIG de resina acrílica autopolimerizável vermelha (Duralay®) na região dos dentes incisivos e registro com o-bite (Kulzer®) nos demais dentes com o JIG em posição na nova dimensão desejada. Essa nova dimensão vertical de oclusão foi estabelecida através do método fisiológico com o compasso de Willis em conjunto com o método fonético. Além disso, o arco facial com registro no garfo com silicone de condensação pesado (Kulzer®) foi tomado, e essas medidas foram passadas para o articulador semi-ajustável A7 Plus Padronizado (Bio-Art®). Como o caso envolvia planejamento estético, um protocolo de fotografias intra e extra bucais (Figura 1 e 2) foram realizadas para confecção de um planejamento digital e enceramento do caso.



Figura 1: caso inicial.



Figura 2: caso inicial em uma vista oclusal da arcada inferior.

Os modelos juntamente com o articulador foram enviados para o laboratório protético para enceramento dos 6 dentes inferiores anteriores (Figura 3 e 4). Com o enceramento pronto, foi confeccionado um *Mock-Up* com resina bisacrílica Structur 2 (VOCO®) apoiando em uma muralha de silicone de condensação laboratorial (Zhermack®) para avaliação estética e funcional. O plano de tratamento então consistia em aumentar a Dimensão Vertical de Oclusão baseado no planejamento através de *Table Tops* de resina composta e realizar a reabilitação estética anterior inferior com facetas em resina composta com o auxílio de placa interoclusal já existente do paciente.



Figura 3: montagem no articulador semi-ajustável



Figura 4: enceramento diagnóstico da arcada inferior.

As *Table Tops* foram confeccionadas pelo próprio cirurgião-dentista em resina composta Herculite Précis (Kerr®), na cor A1, em cima do modelo de gesso tipo IV, isolado com isolante de modelo (Cel-Lac®) que estava montado no articulador com a nova Dimensão Vertical de Oclusão. Essas peças foram então ajustadas e polidas utilizando o kit de polimento (DhPro®) e pasta polidora Enemalize (Cosmedent®). Após finalizadas, as peças foram submetidas à jateamento com óxido de alumínio na parte interna.

O Paciente retornou à clínica, aonde foram provadas as peças nos dentes individualmente e em conjunto, então os dentes posteriores foram

higienizados com escova de Robinson com Clorexidina 0,12% e Pedra Pomes, após foram lavadas, secadas e jateadas com óxido de alumínio (Bio-art®). Em seguida, foi feito isolamento relativo com a assistência de uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sendo realizado o controle da saliva durante todo o procedimento. Os dentes receberam o protocolo adesivo com ácido fosfórico 37% (Ultradent®) por 30 segundos, lavagem abundante e secagem. Aplicação do adesivo Universal (3M®) por 45 segundos ativamente para evaporação do solvente. Já nas peças, também foram aplicados ácido fosfórico 3% por 30 segundos, lavagem e secagem, aplicação de silano por 1 minuto, como também de adesivo Universal (3M®) e a peça foi então cimentada com resina Flow Grandioso Heavy A1 (VOCO®). Removido os excessos, as peças foram fotoativadas por 2 minutos com o fotopolimerizador (Valo®). Com a remoção do isolamento relativo, foi efetuado o ajuste oclusal e polimento das peças (Figura 5).



Figura 5: Table Tops cimentados com os toques oclusais adequados

Na próxima consulta, o plano de tratamento seria finalizar o caso com facetas em resina composta nos 6 dentes anteriores inferiores. Então, foi executado novamente o protocolo de isolamento relativo com fio retrator 000 (Biodinâmica®), novamente com o auxílio de uma ASB, para manter o campo seco. Após foi feita a aplicação do ácido fosfórico 37% (Ultradent®) por 30 segundos, lavagem abundante e secagem, aplicação do adesivo Universal (3M®) durante 45 segundos ativamente, evaporação do solvente, fotoativação por 20 segundos nos dentes anteriores e caninos inferiores. Utilizou-se uma muralha de silicone baseada no enceramento para confecção da parede palatina com resina composta na cor A2E (Forma®), aplicação de mamelos com a resina na cor A1D Empress (Ultradent®), e sobre toda a face vestibular foi aplicado a resina na cor A2E (Forma®), sendo ativado fotopolimerizador a cada camada por 20 segundos e no final durante 2 minutos. Após a remoção do isolamento relativo, foi efetuado ajustes oclusais em Relação Cêntrica e em Guias Caninas, acabamentos com brocas FF e disco de soft-lex (3M®), polimento final utilizando o kit de

polimento (DhPro®), pasta de polimento Enemalize (Cosmedent®) e remoção do fio retrator (Figura 5 e 6). A placa interoclusal do paciente foi provada e ajustada com o auxílio de um papel carbono e uma pinça Muller em Relação Cêntrica e em Guias Caninas e feito o polimento (Figura 6 e 7).



Figura 5: Foto final após confecção das facetas em resina composta com ajustes, acabamento e polimento



Figura 6: foto final do caso.

Após o retorno do paciente em uma semana para proservação, o paciente foi orientado a realizar higienização bucal com escova multicerdas extra macia e fio dental diário, como também cuidados com a placa interoclusal e entrou no programa de manutenção periódica preventiva. Foi também identificado que o principal fator causal do bruxismo do paciente era o estresse, sendo aconselhado desenvolvimento de atividades físicas, busca por hobbies e atividades de lazer além de acompanhamento psicológico.

DISCUSSÃO

O hábito de ranger os dentes é correspondente ao bruxismo, tornando responsável pelo desgaste patológico, devido ao forte atrito entre os elementos dentários, sendo um dos fatores principais para o desenvolvimento de disfunções temporomandibulares

(DTM's) e a perda de dimensão vertical de oclusão (DVO)²⁷⁻²⁸. Sendo um contratempo que acomete vários indivíduos na sociedade, afetando todo o sistema estomatognático, debilitando a qualidade de vida, mastigação e a fonética dessas pessoas¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. Essas reabilitações de aumento de dimensão vertical sempre são um desafio para o cirurgião-dentista, por apresentarem diversos cenários e meios de resolvê-los. Mas todas elas devem iniciar por um planejamento minucioso do caso¹⁴⁻²⁹. No presente relato, notou-se necessidade de aumento de dimensão vertical, visto que o paciente tinha os elementos dentários inferiores desgastados e com comprometimento estético, acúmulo de saliva na comissura labial e relatava ranger os dentes durante a noite. Outro ponto importante é que o paciente já fazia uso de placa miorelaxante mas não havia sido identificado os fatores causais e nem realizado a reabilitação dos dentes inferiores, reforçando que para ter um tratamento duradouro e funcional, a avaliação do paciente deve ser como um todo.

Nosso estudo contou com fotografias, modelos de estudos montados em articulador, determinação da dimensão vertical transferida para o articulador e conferida por testes fonéticos, enceramento e prova estética anterior para aprovação do paciente. Tudo isso tende a gerar resultados mais previsíveis e diminuem a chance de erro. Casos com mudança na dimensão vertical do paciente podem gerar períodos de adaptação do paciente e que muitas vezes são desconfortáveis. Quando há essa dúvida, o cirurgião-dentista pode lançar mão de provisórios, caso que não foi feito no estudo. Para esse caso relatado em questão, seria necessário enceramento de todos dentes da arcada e utilização de resina bisacrílica com uma guia de *Mock up* aonde o paciente poderia ficar até quinze dias avaliando sua adaptação. Isso leva como desvantagem um maior custo de procedimento e maior tempo clínico, e por esses motivos optamos em não realizar o período provisório.

No presente relato, o paciente apresenta na região superior anterior facetas de porcelana bem adaptadas e sem queixa estética. Já na arcada inferior, os dentes estavam sem altura incisal para uma reabilitação estética, devido ao desgaste e extrusão passiva dos dentes, sendo necessário um levante de mordida posterior. Caso esse aumento da DVO não fosse realizado, a reabilitação anterior iria falhar precocemente, independente do material utilizado, visto que a função não estava de acordo. Por isso, foi planejado o aumento de mordida dos dentes inferiores posteriores, restabelecendo altura oclusal, devolvendo guias anteriores e caninas e trazendo longevidade ao caso visto que uma oclusão balanceada é fundamental para uma reabilitação estética duradoura²⁶⁻³⁰⁻³¹.

Ainda, para essa reabilitação, diversas técnicas e materiais poderiam ser empregados, como por exemplo, aumento de dimensão com restaurações

diretas e facetas diretas em resina composta²⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷. Essa técnica, apesar de direta, apresenta uma dificuldade operacional grande por causa do tempo de tratamento e dificuldade de transferir o planejamento da nova DVO diretamente em boca. Outra técnica que poderia ser realizada seria a indireta em materiais cerâmicos, porém isso exigiria desgastes, embora mínimos, das estruturas dentárias e elevaria o custo do procedimento, embora as cerâmicas sejam excelentes materiais restauradores e muito resistentes¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Por conta dessas desvantagens em ambas as técnicas, optou-se por realizar levante de mordida com resina composta indiretamente através de *Table Tops* em articulador e cimentados em boca. Essa técnica alia os benefícios das resinas compostas com maior facilidade de execução do planejamento, além de serem relativamente mais baratas do que as porcelanas e realizadas sem desgastes dentários¹⁶⁻¹⁷.

O avanço dos sistemas resinosos e técnicas adesivas permitem ao cirurgião-dentista cada vez mais alternativas de trabalho, com maior longevidade e segurança¹⁰⁻²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴. Porém, pacientes com parafunções são um desafio para todas reabilitações. Por conta disso, deve-se abordar meios de proteção do trabalho realizado e diminuir o máximo hábitos parafuncionais. Se torna imprescindível, portanto, a utilização de dispositivos interoclusais como placas miorrelaxantes, além de orientações que minimizem esses hábitos como uma abordagem multidisciplinar com psicólogo, psiquiatra, fisioterapeutas, entre outros e, também diminuição de fatores estressantes através de atividades físicas, melhora da qualidade do sono e da alimentação²⁵.

CONCLUSÃO

As reabilitações de aumento de dimensão vertical apresentam resultados positivos, além de contribuir também com um sorriso mais estético e funcional, a utilização de resina composta como material de escolha acarreta na diminuição de custos e, quando bem executado, a longevidade do tratamento. Resultando assim no sucesso clínico do caso exposto.

ABSTRACT

Parafunctional habits are characterized as involuntary and multifactorial movements, and the main causal factors may be stress and anxiety. This condition often leads to a decrease in the vertical dimension of occlusion due to tooth wear, impairing chewing, phonation, aesthetics and functions, and therefore its diagnosis and treatment are of supreme importance. The former takes place through anamnesis, associated with a clinical examination and, if necessary, additional tests. The clinical-therapeutic approach is wide and multidisciplinary and must operate on the causal factor and its consequences, with a range of therapeutic

possibilities, turning it a complex treatment. Therefore, the study presents a treatment of a case report where the patient had loss of vertical dimension of occlusion, dental wear and functional and aesthetic complaints. The technique was performed by increasing the vertical dimension through *Table Tops* and anterior veneers, both in composite resin attached to a multidisciplinary advice. This work showed the importance of performing a correct rehabilitation technique, because the overload and loss of vertical dimension can cause damage to the stomatognathic system, harming the temporomandibular joint, ligaments, muscles and teeth. In this context, it is concluded that a thorough evaluation of the patient is very important, having a correct planning of the case for a correct treatment and a positive prognosis.

UNITERMS: Parafunctional Habits. *Table Tops*. Composite resins. Rehabilitation

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos NP, Rosa CA, Gonzaga MF. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos. *Revista Saúde em Foco*, v.9 p. 485-491, 2017.
2. Mukai MK. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *Revista de Pós Graduação*, v. 17, n.3, p. 167-72, 2010.
3. Garcez RM. Bruxismo x reabilitação da dimensão vertical de oclusão: revista de literatura. 2019. Tese de Graduação.
4. Guertin G, Prostho C. The evaluation of occlusal vertical dimension. *Journal dentaire du Québec*, 2003.
5. Toolson LB, Smith DE. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. *The Journal of Prosthetic dentistry*, 2006; 95:335-339.
6. Da Rosa Rodolpho PA, Censi MS, Donassollo TA, Loguercio AD, Demarco FF. A clinical evaluation of posterior composite restorations, *Journal of Dentistry*, v. 34, n. 7, pág. 427-435, 2016.
7. Silva SB. Resistência à fadiga e propensão a trincas em restaurações amplas de resina composta em dentes posteriores, 2011. Tese de Doutorado.
8. Araújo IDT, Abrantes PS, Borges BCD, Assunção IV. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. *Revista Ciência Plural*, v.5, n. 1, p. 89-101, 2019.
9. Fernandes HK. et al. Evolução das resinas compostas: revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 12, p. 401-411, 2014.
10. Anusavace KJ. *Phillips Materiais Dentários*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
11. Pegoraro LF. et al. *Próteses Fixa-bases para planejamento em reabilitação oral*. 2 ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2013.

12. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*, v. 20, n. 40, p. 41-48, 2012.
13. Amoroso AP. et al. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. *Revista Odontológica da Araçatuba*, v. 34, n. 2, p. 09-13, 2013.
14. Freitas R, Kaizar OB, Pigozo MN, Cavalari P, Resende DRB. Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída. *RGO*, v. 54, n. 2, pág. 161-164, 2006.
15. Mérida DRJ, Mariotto LA, Uso das matrizes como meio para facilitar os procedimentos de escultura e acabamento em restaurações estéticas de dentes posteriores. *Ver. Ciência Odontol*, v. 5, n. 5, p. 49-54, 2002.
16. Demarco FF, Correa MB, Cenci MS, Moraes RR, Opdam NJ. Longevity of posterior composite restorations: not Only a matter os materials. *Dental Materials*, v. 28, n.1, p. 87-101, 2012.
17. Carvalho RLA, Faria JCB, Carvalho RF, Cruz FLG, Goyatá FR. Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livres de metal: uma revisão de literatura. *Int J Dent. Recife*, v.11, n. 1, p. 55-65, jan/marc, 2012.
18. Aquino APT. et al. Facetas de porcelana: solução estética e funcional. *International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis*, v. 5, n. 2, p. 142-52, 2009.
19. Harder S, Wolfard S, Eschbach S, Kem M, Eightyear outcome of posterior inlay-retained allceramic fixed dental prostheses. *J Dent*, v.38, n.11, p. 875-81, 2010.
20. Alfredo E. et al. Effect of eugenol-based endodontic cemento n the adhesion of intraradicular posts. *Brazilian dental jornal*, vol. 17, n. 2, p. 130-133, 2006.
21. Souza TR, Filho JCBL, Beatrice LCS. Cimentos autoadesivos: eficácia e controvérsias. *Ver. Dentísticaonline*. 2011.
22. Carvalho RM. Sistemas adesivos: fundamentos para aplicação cínica. *Revista Biodonto*, v.2, n.1, p. 01-86, 2004.
23. Tay FR, Pashley DH. Aggressiveness of contemporary selfetching systems. I: Depth os penetration beyond dentin smear layers. *Dent Mater*, v. 17, n.4, p. 296-308, 2011.
24. Portero PP. et al. Placas oclusais no tratamento de disfunção temporomandibular. *Revista Gestão e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 36-40, 2009.
25. Sczepanik MSC. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão diminuída: revisão de literatura. 2012. Tese de Graduação.
26. Jacob, Assunção, Seraidarian, 2010. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial*, v. 1, n. 4, 2010.
27. Carvalho GAO. et al. A ansiedade como fator etológico do bruxismo – revisão de literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]*, v. 9, n. 7, pág. e95973925, 2020.
28. Satori IAM. et al., 2008. Planejamento protético visando a reabilitação com implantes em casos unitários e parciais. *Livraria Santos Editora LTDA: São Paulo*, 2008; 15-30.
29. Rodrigues RA. et al. Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional: relato de caso. *IJD. International Journal of Dentistry*, v. 9, n. 2, p. 96-101, 2010.
30. Pacheco AF. et al. Mini-Jig Estético – Um Novo Conceito para Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão. *Departamento de Dentística/ Associação Brasileira de Odontologia. Goiana, Goiás*. 2012.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

ALEXANDRE CONDE

Docente do Curso de Odontologia do Centro
Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS.

Doutor em Materiais Dentários.

E-mail: alexandre.conde@fsg.edu.com

