

RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA SEMIDIRETA EM DENTE POSTERIOR: RELATO DE CASO

SEMI-DIRECT COMPOSITE RESTORATION IN POSTERIOR TOOTH: A CASE REPORT

FELIPE JOSÉ SCHNEIDER¹
THALES ROSSI²
ALEXANDRE CONDE³
LUCAS BOZZETTI PIGOZZI⁴
MARÍLIA PAULUS⁵
MARIÁ CORTINA BELLAN⁶

RESUMO

A escolha da técnica restauradora desempenha papel fundamental na eficácia e duração de um tratamento reabilitador. O objetivo deste relato de caso foi descrever a utilização da técnica semidireta para a confecção de uma restauração em resina composta em um primeiro molar inferior. A paciente apresentava uma restauração insatisfatória no dente 36, que necessitava ser substituída devido à infiltração por cárie. Optou-se pela técnica semidireta devido à amplitude da cavidade, que envolvia estruturas de suporte, e pela combinação das vantagens das abordagens direta e indireta. O procedimento envolveu a remoção de tecido cariado, a aplicação de hidróxido de cálcio pasta, seguida da aplicação de uma fina camada de ionômero de vidro e, posteriormente, resina fluída para realizar o selamento dentinário. O preparo foi realizado seguindo os princípios necessários. O elemento em questão foi moldado com silicone de adição e o arco antagonista, com alginato. Ambos modelos foram vertidos com silicone para modelos semirrígidos e montados em oclusor de peças de brinquedo. A restauração semidireta foi confeccionada em resina composta Filtek Z350 XT, respeitando a anatomia do dente 36. Pigmentos foram utilizados para aprimorar detalhes estéticos. Após acabamento e polimento, a peça foi condicionada e cimentada com cimento dual Relyx Ultimate. Pode-se concluir que a abordagem restauradora por meio da técnica semidireta construída em modelo semirrígido é uma opção terapêutica conservadora e vantajosa para dentes com extensa destruição coronária. Essa técnica possibilita a restauração de forma eficaz, garantindo tanto a estética quanto a função adequada do dente afetado.

UNITERMOS: Restauração Dentária Permanente. Cimentação. Preparo do Dente. Resina Composta.

INTRODUÇÃO

A escolha da técnica restauradora correta desempenha um papel fundamental na duração do tratamento reabilitador. O tipo do procedimento restaurador a ser realizado depende principalmente da localização da restauração no arco dentário, da extensão da cavidade e do número de cúspides envolvidas¹.

As técnicas restauradoras mais utilizadas são a direta e a indireta. As restaurações diretas com resina composta são indicadas em casos de cavidades com caixa proximal reduzida, término cervical visível e de fácil acesso, cavidades sem a perda de cúspides e restaurações de amálgama insatisfatórias². As resinas compostas apresentam

excelentes propriedades, restabelecendo de forma satisfatória a estética, a saúde e a função dos dentes que sofreram alteração em sua estrutura original³. No entanto, essa técnica apresenta algumas desvantagens, como uma maior contração de polimerização, baixa resistência à fratura, dificuldade de reconstrução das margens proximais livres e muitas vezes, contatos proximais insatisfatórios⁴⁻⁵.

Já a técnica indireta é indicada para cavidades em que mais da metade da distância intercuspídea está comprometida, em cavidades profundas e quando há o envolvimento de estruturas de reforço. Esta abordagem apresenta diversas vantagens, como uma menor contração de polimerização durante o processo de confecção, resultando em um melhor acabamento

¹ Graduando em Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

² Graduando em Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

³ Doutor em Odontologia. Professor da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

⁴ Mestre em Odontologia. Professor da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

⁵ Doutora em Odontologia. Professora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

⁶ Doutora em Odontologia. Professora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

e polimento, bem como uma adaptação marginal mais precisa e um contorno mais natural da restauração. Além disso, os contatos dentários proximais e oclusais são mais precisos quando comparados à técnica direta⁶. No entanto, essa técnica envolve um processo mais elaborado, incluindo a confecção de uma restauração provisória, uma etapa de moldagem e a terceirização da confecção da restauração para um laboratório de prótese, resultando em custos mais elevados e em um tempo de tratamento mais longo para o paciente, já que é necessário um maior número de consultas clínicas²⁻⁷.

Com o intuito de combinar as vantagens das técnicas direta e indireta, a técnica semidireta é uma excelente opção de tratamento para restaurações em dentes posteriores com cavidades extensas. Essa abordagem confere menor tempo para a execução clínica, resultando em menores custos na produção da restauração⁷⁻⁹. Logo, o objetivo do presente trabalho foi relatar o caso clínico de confecção de uma restauração semidireta de resina composta confeccionada em modelo semirrígido.

RELATO DE CASO

Este relato de caso clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG) sob parecer 6.000.862. A paciente K.V.A, do sexo feminino, com 21 anos de idade, procurou a clínica do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG, durante a disciplina de Estágio em Odontologia IV, para uma avaliação de rotina e profilaxia. Na anamnese, a paciente informou apresentar um bom estado de saúde geral. Após a realização do odontograma e exames de imagem, foi identificada a necessidade de substituir a ampla e insatisfatória restauração de resina composta no primeiro molar inferior esquerdo (dente 36), a qual estava infiltrada por tecido cariado conforme ilustrado nas Figuras 1 e 2.



Figura 1. Dente 36 com restauração infiltrada e insatisfatória.



Figura 2. Radiografia inicial.

Inicialmente, anestesiou-se a paciente no nervo alveolar inferior, lingual e bucal com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100.000 (DFL, Taquara, Rio de Janeiro, Brasil). Não foi realizado isolamento absoluto para o procedimento porque a paciente havia extraído os terceiros molares do mesmo lado da arcada recentemente. Após, a restauração antiga foi removida em alta rotação com pontas diamantadas FG1016 e FG1014 (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil) e, o tecido cariado, foi removido em baixa rotação com broca carbide esférica número 2 (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil). Houve a proximidade com o órgão pulpar, desta forma, aplicou-se uma camada de hidróxido de cálcio pasta (Hydcal, Technew, Itaguai, Rio de Janeiro, Brasil) somente na extensão da parede pulpar e, acima desta, uma camada de cimento de ionômero de vidro forrador fotopolimerizável (Vitro Fil LC, DFL, Taquara, Rio de Janeiro, Brasil) foi aplicado e fotopolimerizado por 30 segundos (Emitter Now Black, Shuster, Santa Maria, RS, Brasil).

Na sequência, realizou-se o selamento dentinário do preparo e, para isso foi aplicado o adesivo SingleBond Universal (3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) em dentina por 20 segundos de forma ativa com o auxílio de microaplicadores descartáveis (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), seguido de leve jato de ar e fotopolimerização por 20 segundos. Com o intuito de concluir o processo de selamento dentinário, aplicou-se uma camada de resina *flow* Filtek Supreme (3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) cor A1 e esta camada foi fotopolimerizada por 30 segundos. Em seguida, procedeu-se o refinamento do preparo da cavidade com pontas diamantadas FG 2135, 3131 e 4138 (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil) mantendo ângulos arredondados e levemente expulsivos, conforme ilustrado na Figura 3a.

Uma vez que o elemento 36 não apresentava tratamento endodôntico, foi sugerido à paciente, a realização de uma restauração semidireta em resina composta e, esta, concordou com o tratamento proposto. O último passo realizado nesta mesma consulta foi a inserção de um restaurador temporário na cavidade (Bioplic, Biodinâmica, Ibioporã, Paraná, Brasil) (Figura 3b).



Figura 3. Cavidade após preparo concluído (a), Restaurador temporário Bioplic aplicado na cavidade (b)

Na consulta subsequente, a paciente não relatou sintomatologia no elemento 36. Primeiramente, removeu-se a restauração provisória e realizou-se a limpeza do preparo com pedra pomes (SS White, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Em seguida, inseriu-se um fio retrator 000 Ultrapak (Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil) para afastamento gengival da face mesial e, com o auxílio de moldeira parcial inferior, realizou-se a moldagem em um único passo com silicone de adição leve e denso (3M, Sumaré, São Paulo, Brasil), conforme demonstrado na Figura 4a.

No que diz respeito à arcada superior, também foi moldada com o auxílio de uma moldeira parcial, porém, utilizando alginato, (Jeltrate, Dentsply Sirona, Pirassununga, São Paulo, Brasil) (Figura 4d). Posteriormente, tanto a impressão superior quanto a inferior foram vertidas com silicone de adição para a confecção de modelos, Scan Die (Yllor, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil) conforme demonstra Figura 4.

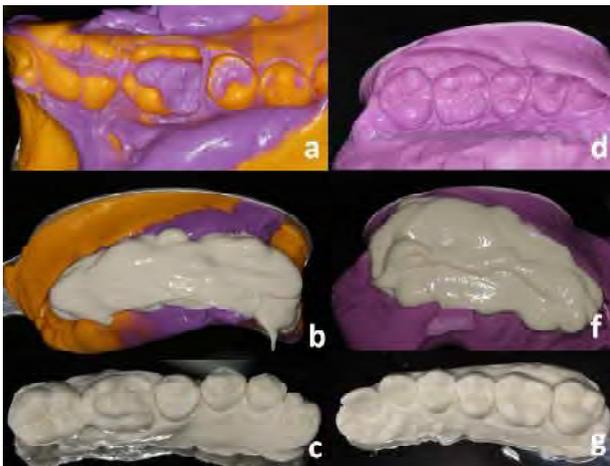


Figura 4. Moldagem do preparo com silicone de adição (a), Vertimento de Scan Die na moldagem (b), Modelo inferior semirrígido (c), Moldagem do arco antagonista com alginato (d), Vertimento do modelo antagonista com Scan Die (f), Modelo antagonista semirrígido (g).

Em seguida, os modelos semirrígidos foram montados em oclisor de peças de brinquedo, seguindo a técnica desenvolvida por Constant *et al.* (2023)¹⁰, para posterior produção da restauração semidireta (Figura 5). É importante ressaltar que a fixação dos modelos semirrígidos foi realizada com a pasta densa do silicone de adição, conforme demonstrado na Figura 5. Além disso, o processo de troquelamento do modelo, com o propósito de expor as margens do preparo, foi executado com o auxílio de uma lâmina de barbear (Foxlux, Pinhais, Paraná, Brasil), permitindo maior visibilidade no momento de produzir a restauração (Figura 5f).

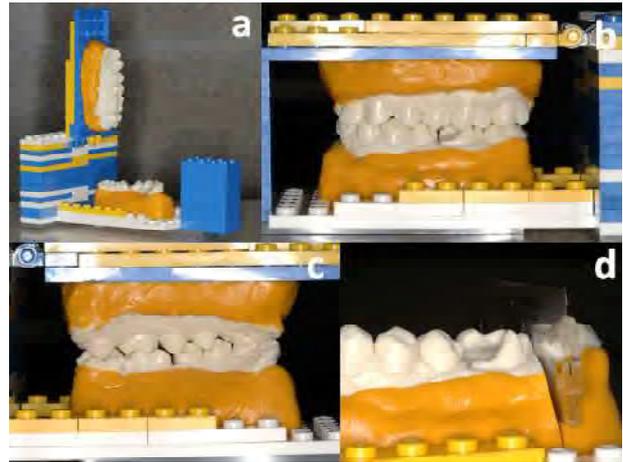


Figura 5. Modelos montados em oclisor de peças e brinquedo (a), Visão aproximada dos modelos em oclusão por vestibular (b), Visão aproximada dos modelos em oclusão por lingual (c), Troquelamento do modelo (d).

A restauração semidireta foi confeccionada com resina composta Filtek Z350XT nas tonalidades A1B e A1E (3M, Sumaré, São Paulo, Brasil). Inicialmente, aplicou-se uma camada de resina A1B na parede pulpar e, fotopolimerizou-se por 30 segundos. Em seguida, empregou-se uma matriz de poliéster (Kdent, Joinville, Santa Catarina, Brasil) para reconstruir a parede mesial com a resina A1E e esta, foi fotopolimerizada por 30 segundos. Após, aplicou-se uma segunda camada de resina A1B, delimitando o sulco principal e todas as cúspides, seguida de nova fotopolimerização.

Com o objetivo de aprimorar os detalhes da restauração, utilizou-se o pigmento Tetric Color Ocre (Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil) para replicar a anatomia do sulco principal, conforme ilustrado na Figura 6. Em seguida, foi aplicado o pigmento Tetric Color White (Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil) em três arestas transversais internas. Ambos pigmentos foram fotopolimerizados durante 30 segundos. Após, aplicou-se uma última camada de resina de esmalte A1E, delineando a anatomia, definindo sulcos secundários e promovendo arredondamento de ângulos (Figura 6c). A última etapa compreendeu a fotopolimerização da restauração completa por 1 minuto, seguida pelo acabamento com broca multilaminada 12 lâminas (Microdont, São Paulo, SP, Brasil) e pelo polimento com polidores de diferentes granulações (Microdont, São Paulo, SP, Brasil). Adicionalmente, foi

realizada a aplicação de pasta para polimento, Diamond Excel (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), com o auxílio de feltro (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil).

Na consulta subsequente, a peça restauradora estava pronta para ser provada (Figura 6f) e receber os ajustes finais diretamente em boca. O isolamento absoluto foi realizado (Figura 8a) e o material provisório foi novamente removido para permitir a prova da restauração. Foram efetuados ajustes nas áreas proximais e oclusal com broca multilaminada e o polimento foi novamente realizado seguindo os mesmos passos citados anteriormente.

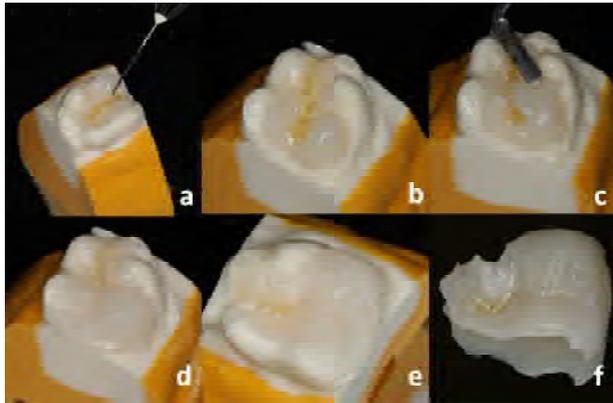


Figura 6. Aplicação de pigmento ocre na restauração (a), Restauração após aplicação dos pigmentos (b), Aplicação da última camada da restauração (c), Vista lateral da restauração finalizada (d), Vista oclusal da restauração finalizada (e), Restauração após acabamento e polimento (f).

Após, foram conduzidos os procedimentos necessários para sua cimentação (Figura 7). Para isso, realizou-se o preparo interno da peça envolvendo o jateamento com óxido de alumínio (Figura 7b), seguido por uma limpeza com álcool. Posteriormente, foi aplicado silano na peça durante 1 minuto (Figura 7c) e, em seguida, o adesivo SingleBond universal foi aplicado (Figura 7d), seguido de um leve jato de ar.

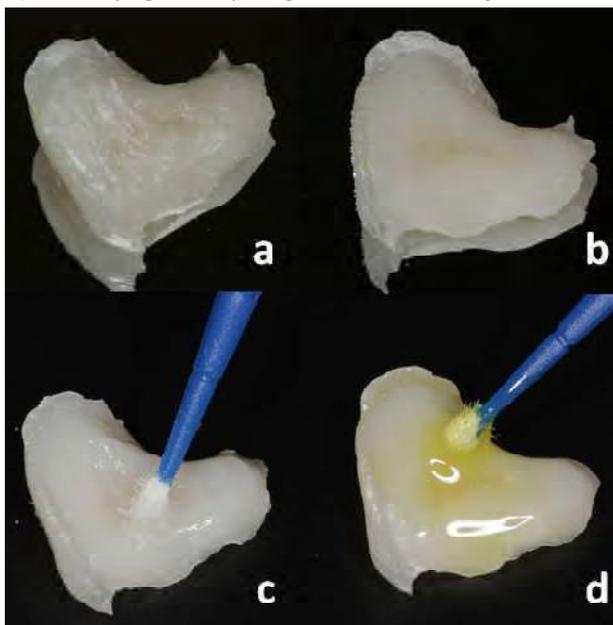


Figura 7. Face interna da restauração (a), Face interna da restauração após jateamento com óxido de alumínio (b) Aplicação de silano na peça (c), Aplicação de sistema adesivo na peça (d).

O preparo dentário iniciou-se com a limpeza da cavidade utilizando pedra pomes, seguida por uma lavagem abundante e secagem com jatos de ar. Em seguida, foi aplicado ácido fosfórico a 37% para o condicionamento seletivo do esmalte (Figura 8b), seguido por lavagem e secagem e, a aplicação do adesivo SingleBond Universal (Figura 8c). A etapa seguinte consistiu na cimentação da peça, utilizando o cimento dual Relyx Ultimate (3M, Sumaré, São Paulo, Brasil), o qual foi manipulado de forma manual, na proporção 1:1, misturando a base e o catalisador.

Em seguida, inseriu-se o cimento na cavidade por meio de uma seringa Centrix (marca) e a peça foi posicionada na cavidade sob pressão constante (Figura 8d). Após a remoção de excessos, cada face da restauração foi submetida à fotopolimerização durante 1 minuto. Posteriormente, efetuaram-se os ajustes oclusais, utilizando papel articular (Maquira, Maringá, Paraná, Brasil), pinça müller e ponta diamantada 2135 FF (KG Sorensen, Serra, Espírito Santo, Brasil) (Figura 8e). Por fim, realizou-se o polimento da restauração com taças de borracha diretamente na boca do paciente.

A paciente passou por uma avaliação duas semanas após o procedimento e não relatou apresentar qualquer sintoma relacionado ao elemento 36. O tratamento restaurador foi concluído com êxito, devolvendo função e estética à paciente, como demonstrado na Figura 8f.



Figura 8. Isolamento absoluto (a), Condicionamento seletivo em esmalte (b), Aplicação de adesivo no preparo (c), Cimentação da peça (d), Peça cimentada e sem excessos de cimento (e), Restauração finalizada em boca (f).

DISCUSSÃO

As técnicas restauradoras que envolvem grandes destruições coronárias são um desafio para o cirurgião-dentista, exigindo um conhecimento aprofundado e maior habilidade técnica do profissional. A seleção adequada da técnica e do material restaurador só pode ser realizada após a remoção do tecido cariado ou da restauração insatisfatória. Essa escolha é baseada na condição do remanescente dentário, da extensão e profundidade da cavidade, bem como do número de faces afetadas^{11,12}.

No presente estudo, optou-se pela utilização

da técnica semidireta, pois agrega vantagens das restaurações indiretas, tais como uma maior conversão polimérica, facilidade de confecção dos contatos proximais, melhor adaptação marginal e, possibilita um acabamento e polimento mais eficazes¹³. Ademais, essa abordagem apresenta maior resistência mecânica em comparação com a resina composta direta¹⁴.

No caso clínico apresentado, o dente em questão, apresentava perda da parede mesial, grande parte da face oclusal e da cúspide mésio-vestibular. De acordo com Baratieri *et al.* (2012)¹¹ é recomendado optar por procedimentos indiretos quando mais da metade da distância intercuspídea estiver comprometida, se a cavidade é muito profunda ou ainda há envolvimento de estruturas de reforço. Adicionalmente, Mondelli *et al.* (2013)¹⁵ sugerem que a técnica de escolha não deveria ser a direta para dentes com extensa perda de estrutura dentária, corroborando com a técnica restauradora escolhida.

Em relação ao material de escolha, mesmo que a cerâmica apresente inúmeras vantagens como restaurador indireto, como uma maior resistência mecânica, estabilidade de cor, lisura superficial e excelentes propriedades estéticas, optou-se pela resina devido ao seu módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, absorvendo de forma mais eficaz os impactos causados durante a mastigação¹⁶⁻¹⁸. Além disso, a resina tem se destacado como material de escolha para restaurações semidiretas pela sua versatilidade e facilidade de manuseio, uma vez que essa técnica é realizada pelo próprio cirurgião-dentista¹⁹. No entanto, como desvantagem, requer um maior número de sessões clínicas²⁰.

As restaurações semidiretas podem ser confeccionadas sobre modelo de trabalho rígido com gesso tipo IV ou semirrígido com silicone de adição ou silicones específicos para modelos¹³. No presente trabalho, o modelo escolhido foi o semirrígido devido à rapidez na sua obtenção além da facilidade de troquelização, o qual é um passo de suma importância para confecção da restauração e para a adaptação da mesma²⁰⁻²⁴. Além disso, utilizou-se a técnica desenvolvida por Nazari em 2018²¹, na qual o modelo é apoiado e troquelizado a partir de uma base de peças de LEGO®, possibilitando uma melhor adequação do ponto de contato, contorno da restauração e adaptação marginal.

Na construção de restaurações semidiretas, é crucial não apenas ter o modelo antagonista, mas também a relação de oclusão entre os arcos dentários. Os modelos de trabalho podem ser montados em articulador ou em oclisor, entretanto, ambos os casos, demandam tempo e esforço dedicado^{25,26}. Nesse contexto, no presente caso clínico, optou-se pelo oclisor de peças de brinquedo, desenvolvido por Constant *et al.* (2023)¹⁰, o qual permite avaliar os contatos oclusais durante a confecção da restauração, reduzindo a necessidade de ajustes posteriores. Além disso, a montagem dos modelos é

extremamente rápida e facilita o reposicionamento do troquel no modelo de trabalho.

Segundo Hirata (2010)²⁷, seguir um protocolo para a confecção de restauração semidireta, respeitando seus passos é um caminho que conduz a um trabalho satisfatório. O sucesso de um procedimento restaurador está intrinsecamente ligado a um adequado controle de umidade e à adaptação da restauração ao remanescente dentário. A construção extrabucal da restauração semidireta é um fator que contribui para o sucesso da técnica⁹.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir que a abordagem restauradora por meio da técnica semidireta construída em modelo semirrígido é uma opção terapêutica conservadora e vantajosa para dentes com extensa destruição coronária. Essa técnica possibilita a restauração de forma eficaz, garantindo tanto a estética quanto a função adequada do dente afetado.

ABSTRACT

The choice of restorative technique plays a fundamental role in the effectiveness and duration of rehabilitation treatment. The objective of this case report was to describe the use of the semi-direct technique to create a composite resin restoration in a lower first molar. The patient had an unsatisfactory restoration on tooth 36, which needed to be replaced due to cavity infiltration. The semi-direct technique was chosen due to the amplitude of the cavity, which involved support structures, and the combination of advantages of the direct and indirect approaches. The procedure involved the removal of carious tissue, and the application of calcium hydroxide paste, followed by the application of a thin layer of glass ionomer and, subsequently, fluid resin to seal the dentin. The preparation was carried out following the necessary principles. The element in question was molded with addition silicone and the antagonist arch was molded with alginate. Both models were poured with silicone for semi-rigid models and mounted on toy parts occluders. The semi-direct restoration was made in Filtek Z350 XT composite resin, respecting the anatomy of tooth 36. Pigments were used to improve aesthetic details. After finishing and polishing, the piece was conditioned and cemented with Relyx Ultimate dual cement. It can be concluded that the restorative approach using the semi-direct technique built on a semi-rigid model is a conservative and advantageous therapeutic option for teeth with extensive coronal destruction. This technique allows for effective restoration, ensuring both the aesthetics and adequate function of the affected tooth.

UNITERMS: Permanent Dental Restoration. Cementation. Tooth Preparation. Composite resin.

REFERÊNCIAS

1. Arossi GA, Ogliari F, Samuel SMW, Busato ALS. Polimerização complementar em autoclave, microondas e estufa de um compósito restaurador direto. *Rev Odonto Ciência*. 2007;22(56):177-180.
2. Ferracane JL. Resin composite-state of the art. *Dent Mater*. 2011;27(1):29-38.
3. Leirskar J, Henaug T, Thoresen NR, Nordbù Ê. Clinical performance of indirect composite resin inlays/onlays in a dental school: observations up to 34 months. *Acta Odontol Scand*. 1999;57(4):216-22.
4. Godoy CE, Higashi C, Brum RT. Técnica semi-direta para reconstruções parciais em dentes posteriores: Relato de caso clínico. *Full Dent Sci*. 2014;5(7):124-133.
5. Spreafico RC, Krejci I, Dietschi D. Clinical performance and marginal adaptation of class II direct and semidirect composite restorations over 3.5 years in vivo. *J Dent*. 2005;33(1):499-507.
6. Heymann HO, Swift EJ, Ritter A. *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry*. 6ª ed. Elsevier; 2012. P.568.
7. Marques S, Guimarães MM. Técnica semidireta como opção restauradora para dentes posteriores. *Rev Dental Press Estét*. 2015;12(2):40-9.
8. Alharbi A, Rocca GT, Dietschi D, Krejci I. Semidirect Composite Onlay With Cavity Sealing: A Review of Clinical Procedures. *J Esthet Restor Dent*. 2014;26(2):97-106.
9. Tonolli G, Hirata R. Técnica de restauração semidireta em dentes posteriores: uma opção de tratamento. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2010; ED. ESP(1):90-96.
10. Constant G, Pizzolatto EEP, Rossi T, Pigozzi LB, Paulus M, Bellan M, Conde A. Técnica de restauração indireta em modelo semirrígido empregando oclusor de peças de brinquedo. *BJIHS*. 2023;5(5):799-813.
11. Baratieri LN et al. *Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas*. 1ª ed. Editora Santos: São Paulo. 2010; p.802.
12. Comin G, Conde A, Pigozzi LB, Paulus M, Bellan MC. Transfixação horizontal de pino de fibra de vidro em um dente tratado endodonticamente: relato de caso clínico. *Rev. Odontol. Araçatuba*. 2022;43(1):45-50.
13. Goyatá FR, Siqueira VV, Novaes IC, Arruda JAA, Barreiros ID, Novaes Júnior JB, et al. Técnicas alternativas de restauração indireta em resina composta: relato de casos clínicos. *Archives of Health Investigation*. 2018;7(7):274-280.
14. Azeem RA, Sureshbabu NM. Clinical performance of direct versus indirect composite restorations in posterior teeth: A systematic review. *J Conserv Dent*. 2018;21(1):2-9.
15. Mondelli RF, Azevedo LM, Silva LM, Garrido AM, Ishikiriama SK, Mondelli J. Conservative approach to restore the first molar with extensive destruction: a 30-month follow-up. *Quintessence Int*. 2013;44(6):385-91.
16. Nandini V. Exploring Aspects of Mastication: A Comprehensive Review. *J Odontol Func*. 2017;22(4):210-225.
17. Carraro L, Conde A, Pigozzi LB, Paulus M, Bellan MC. Técnica endocrown como alternativa restauradora para dentes tratados endodonticamente. *Rev. Odontol. Araçatuba*. 2022;43(1):51-56.
18. Cardoso RM, Cardoso RM, Gomes MP, Guimarães RP, Menezes Filho PFM, Silva CHVS. Onlay com resina composta direta: Relato de caso clínico. *Odontol Clín-Cient*. 2012;11(3):259-264.
19. de Barba R. Restabelecendo função e estética com restaurações indiretas em dentes posteriores: relato de caso clínico. Tese (Graduação em Odontologia). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. 2011.
20. Souto Maior JRL, Souza ACS, Silva FB, Menezes Filho CHV, Beatrice LCS. Aplicação clínica de cimento resinoso condicionante em restauração inlay. *Odontol. Clin,-cient*. 2010;9(1):77-81.
21. Nazari G, Reichert AL. Lego technique: troquelização de modelos semirrígidos para restaurações semidiretas. [Tese de graduação em Odontologia]. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2018.
22. Souza FFP, Goyatá FR, Moreno A, Lanza CRM, Barreiros ID, Novaes Jr. JB. Restauração indireta em resina composta. *Kulzer Brasil*; 2018.
23. Borba DL, Silva W, Alves LMN, Salles MM, Vasconcelos GLL, Alandia-Román CC. Confecção de onlay em modelo semirrígido: uma técnica prática e eficaz para restauração em dentes posteriores. *J Business Techn*. 2020;16(1):34-40.
24. Loiola Junior EDS, Matos KAT. Restauração semidireta com resina composta como alternativa promissora para dentes amplamente destruídos: relato de caso. [Trabalho de conclusão de curso - Bacharel em Odontologia]. Centro Universitário Fametro. Fortaleza; 2020.
25. da Silveira PV, Giancipoli GC, Ferreira DA, Pereira KDP, Nascimento CAB, Targino FSS. Restauração semidireta com resina composta em dentes posteriores: relato de caso clínico. *BJD*. 2022;8(6):43058-43078.
26. Melo AKV, Galdino AB, da Silva ETC, Santos NBP, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Importância da inter-relação entre oclusão e dentística restauradora na busca por um sorriso estético e funcional: uma revisão de literatura. *Arch Health Invest*; 2019;(8)6:311-316.

27. Hirata R, Placido E. Restaurações parciais em resina composta e cerâmica. Em: Hirata R, editor. TIPS: Dicas em Odontologia Estética. 1ª Ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2010. p.512-20.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

PROF^a. DRA. MARIÁ CORTINA BELLAN

Centro Universitário da Serra Gaúcha

Departamento de Prótese.

Rua Coronel Flores 510, sala 61, CEP 95034-160

Caxias do Sul – RS

E-mail: maria.bellan@fsg.edu.br

