

**CORREÇÃO DE DIASTEMAS POR MEIO DE RESTAURAÇÕES DIRETAS EM RESINA COMPOSTA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

CORRECTION OF DIASTEMAS THROUGH DIRECT RESTORATIONS IN COMPOSITE RESIN: A CLINICAL CASE REPORT

**Valeria Campagnolo**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

**Eliane Lucelha Antunes**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

**Jheysiele Faller Cemin**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

**Esp. Josiane Francio Pissaia**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

Centro Universitário Herminio Ometto de Araras (UNIARARAS)

**Me. Janes Francio Pissaia**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

**Dra. Leticia Antonelo Campos**

Universidade Paranaense (UNIPAR)

**RESUMO**

A busca por um sorriso harmônico é o desejo da maior parte da população. A estética encontra-se atualmente frequente e comum na prática clínica diária. As principais alterações são forma dental, tamanho, cor e posição. Com o desenvolvimento da odontologia adesiva e dos materiais estéticos, a restauração direta com compósito, através da mínima invasão dos tecidos dentários hígidos vem sendo utilizada. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico em que se optou, como plano de tratamento, pelo clareamento dental de consultório, seguido da confecção de encerramento para planejamento do caso, com mock-up motivacional e fechamento de diastemas com restaurações em resina composta direta, seguindo a proporção áurea. A realização do clareamento dental possibilitou a homogeneização de cor do esmalte dental e das manchas de fluorose. O fechamento de diastemas utilizando o enceramento diagnóstico e a grade de Levin facilitou a reprodução do planejamento durante a execução das restaurações. As restaurações diretas são uma alternativa viável para reanatomização dental, pois torna o tratamento de resultados rápidos, de baixo custo e de estética satisfatória.

**Palavras-chave:** Estética dentária. Diastemas. Resina Composta. Planejamento.

**ABSTRACT**

The search for a harmonic smile is the desire of most part of the population. Aesthetics is currently frequent and common in daily clinical practice. The main alterations are dental form, size, color and position. With the development of adhesive dentistry and aesthetic materials, the direct restoration with composite, through the minimal invasion of the healthy dental tissues has been used. This study aims at presenting a clinical case in which it was chosen, as a treatment plan, the in-office dental bleaching, followed by the preparation of closure for case planning, with motivational mockup and closure of diastemas with restorations in direct composite resin, following the golden ratio. The accomplishment of dental bleaching enabled the color homogenization of tooth enamel and dental fluorosis. The closure of diastemas using the diagnostic wax-up and the Levin grid facilitated the reproduction of planning during the restoration's execution. Direct restorations are a viable alternative for dental reanatomization, as it provides low cost and faster treatment, with satisfactory aesthetic results.

**Keywords:** Dental Aesthetics. Diastemas. Composite Resin. Planning.

## 1 INTRODUÇÃO

O sorriso harmônico é almejado como sinônimo de saúde e beleza, e um sorriso agradável é marcado pelo equilíbrio proporcional e simétrico dos dentes entre si e com gengivas, lábios e rosto (FONSECA et al., 2013). No entanto, alterações na forma, tamanho, posição, cor e textura em dentes anterossuperiores podem interferir na harmonia do sorriso (LOURO; GALAZI; MOSCON, 2009). Entre essas alterações também estão presentes os diastemas que são definidos como espaços dentários ou ausência de contato entre dois dentes consecutivos (CAL NETO; CUNHA, 2002), que podem ser fisiológicos, por parte do desenvolvimento normal da dentição do indivíduo, ou patológicos, devido a malformações congênitas, ou devido a hábitos deletérios, sendo de extrema importância que o cirurgião-dentista saiba diagnosticar a causa do diastema para realizar o tratamento adequado (COIMBRA JÚNIOR et al., 2016).

Para resolução de problemas estéticos oriundos dos diastemas, alteração de forma e posição, pode ser indicada a confecção de coroas totais ou facetas de porcelana. Apesar de seu bom resultado estético e funcional, é um procedimento que, em alguns casos, necessita de um desgaste mais acentuado da estrutura dentária sadia (DE MELO FRANCO et al., 2008).

O emprego de restaurações diretas de resinas compostas também pode ser indicado. Além de restabelecer a estética e a função, é uma técnica conservadora, rápida e de menor custo, tornando-se uma alternativa viável na reanatomização dos dentes anteriores (MAURO et al., 2013). Entre outras vantagens desses materiais estão boa lisura superficial, facilidade de reparos e de polimento, radiopacidade, coeficiente de expansão térmica linear relativamente similar ao da estrutura dental, resistência à compressão, durabilidade e reversibilidade do procedimento, e é minimamente invasiva (RODRIGUE; ARGOLO; CAVALCANTI, 2014). O aprimoramento das resinas compostas e suas propriedades físicas e mecânicas permitem reproduzir características como translucidez natural do esmalte e opacidade da dentina com efeitos de profundidade e vitalidade das estruturas e polimento superficial adequado, biomimetizando os tecidos dentários (MAIA et al., 2015).

Além da escolha dos materiais restauradores, um adequado planejamento contribui para o sucesso do tratamento. Um planejamento restaurador em modelos de estudo e um ensaio restaurador intraoral com mock-up permite ao profissional trabalhar com maior previsibilidade de resultados e, conseqüentemente, com uma menor margem de erros em casos mais difíceis, quando múltiplas alterações deverão ser realizadas. Além disso, ainda pode facilitar a comunicação entre profissional e paciente (HIGASHI et al., 2014).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico com restabelecimento do sorriso harmônico e esteticamente favorável com enceramento prévio, mock-up motivacional, clareamento dental de consultório e fechamento de diastemas através da técnica restauradora direta. O presente estudo teve aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Paranaense.

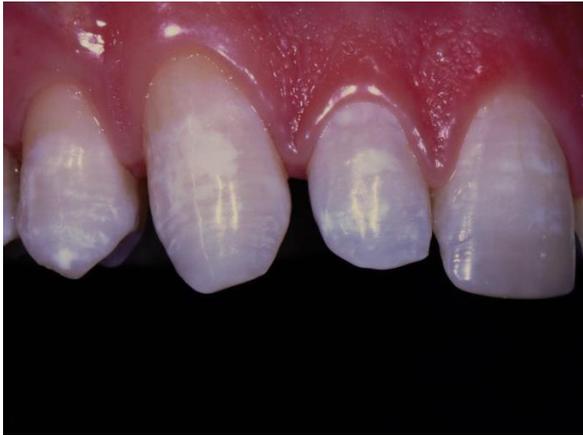
## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente atendido na clínica de Odontologia da Universidade Paranaense (UNIPAR), Campus de Francisco Beltrão, sexo masculino, 26 anos, apresentou como queixa principal "presença de diastemas e manchas brancas entre os dentes anteriores". No exame de anamnese não foram constatados problemas de saúde ou alterações sistêmicas. No exame clínico foi observada a presença de diastemas entre os dentes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 24, presença de manchas brancas compatíveis com o diagnóstico de fluorose dentária e restauração na incisal do dente 11 (Fig. 1, 2 e 3). Foram realizadas fotos extra e intrabucais e moldagem para obtenção de um modelo de estudo.

**Figura 1** – Vista frontal dos dentes anterossuperiores



Fonte: Autores.

**Figura 2** – Vista lateral direita**Figura 3** – Vista lateral esquerda

Fonte: Autores.

Inicialmente, com aplicação de clareamento externo de todos os dentes aparentes pela técnica de consultório com peróxido de hidrogênio 35% (Whiteness HP 35% FGM® Joinville, SC, Brasil), a cor inicial foi registrada como B3 e alcançada após o clareamento a cor B2. A fim de se obter distribuição adequada dos espaços para preenchimento com resina composta, foi optada pela realização do modelo de estudo para planejamento e mapeamento de largura dos dentes através de encerramento diagnóstico utilizando como guia as grades de Levin, que se baseiam no conhecimento de proporção áurea, permitindo uma correta proporção entre largura e comprimento dos dentes anterosuperiores (MONDELLI, 2003) (Fig. 4). A partir do modelo encerado foi realizado um ensaio restaurador com a instalação do mock-up com resina bisacrílica na cor A2 (Structur 3 – Voco, Alemanha), pois possibilita previsibilidade de resultados, maior aceitação do paciente e, conseqüentemente, uma menor margem de erros (Fig. 5, 6, e 7).

**Figura 4** – Enceramento utilizando como guia as grades de Levin

Fonte: Autores.

**Figura 5** – Muralha em silicone de condensação

Fonte: Autores.

**Figura 6** – Instalação do mock-up

Fonte: Autores.

**Figura 7** – Visão após mock-up instalado

Fonte: Autores.

Para realização das restaurações, foi confeccionada uma matriz em silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack®, EUA) sobre o modelo encerado com o objetivo de reproduzir as faces palatinas e incisais, a fim de servir de guia de orientação durante o procedimento.

O tratamento restaurador foi realizado em duas sessões. Na primeira realizou-se a reconstrução dos dentes 13 ao 23, e na segunda dos dentes 14 e 24. Inicialmente realizou-se a remoção da restauração presente no dente 11 e um leve desgaste na face mesial do dente 12 para possibilitar o aumento do dente 11 em sua face distal. Em seguida foi realizada profilaxia utilizando taça de borracha com pedra-pomes e água. Foi realizada a seleção de cor e escolhida a resina composta microhíbrida Opallis (FGM® Joinville-SC), cor dentina A2 para a reconstrução da porção do corpo do dente 11 e dentina A1 para reanatomização de todos os demais dentes. A escolha da resina dentina A1 foi em função de sua menor translucidez, pois a estrutura do esmalte cuja resina será aplicada, além de não ser translúcida, apresentava manchas brancas e opacas por toda superfície (Fig.8).

**Figura 8** – Seleção da cor da resina composta

Fonte: Autores.

Foi realizado nessa sequência o isolamento absoluto modificado, a verificação da adaptação da guia de silicone e o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Acid Gel, Vilevie®, Brasil) por 30 segundos (Fig. 9), seguido de lavagem e secagem da superfície. Foi aplicada uma camada de adesivo Scotch Bond Multi-

Purpose® (3M Espe, St Paulo, EUA), fazendo esfregaço com aplicador descartável (Microbrush, KG®, Brasil) para volatilização do solvente por 5 segundos (Fig. 10). A fotoativação foi por 20 segundos em cada face.

**Figura 9** – Condicionamento ácido fosfórico a 37%



Fonte: Autores.

**Figura 10** – Aplicação do adesivo



Fonte: Autores.

Com o auxílio da guia de silicone, foi iniciada a inserção de uma fina camada de resina composta para formar a face palatina e facilitar a inserção dos próximos incrementos (Fig. 11). O guia preenchido com o compósito foi levado à boca, firmemente posicionado e polimerizado por 20 segundos. Após a remoção do guia de forma cuidadosa, foi realizada em pequenos incrementos a reconstrução das faces vestibulares e proximais dos dentes 13 ao 23, e fotoativado cada incremento por 40 segundos. Posteriormente, foram feitos os acabamentos para remoção dos excessos cervicais e ajustes das guias e oclusão (Fig. 12).

**Figura 11** – Inserção de resina composta



Fonte: Autores.

**Figura 12** – Reconstrução total das faces dos elementos dentais



Fonte: Autores.

Na segunda sessão foram restaurados os dentes 14 e 24 seguindo o mesmo protocolo da primeira sessão, e realizado o acabamento e polimento de todos os dentes restaurados. Esse acabamento e polimento foi realizado com brocas multilaminadas, discos sequenciais de polimento da maior granulação para a menor granulação (Sof-lex Pop On, 3M Espe, EUA), escova de borracha para polimento (Jiff Brush, Ultradente®, Brasil) e discos de feltro com pasta de polimento (DiamondPro, FGM®, Joinville, SC, Brasil) (Fig. 13, 14, 15, 16, 17 e 18). Nos demais dentes não será realizado nenhum procedimento, devido à pouca participação no sorriso do paciente.

**Figura 13** – Discos sequenciais de polimento



Fonte: Autores.

**Figura 14** – Escova de borracha para polimento



Fonte: Autores.

**Figura 15** – Discos de feltro com pasta de polimento



Fonte: Autores.

**Figura 16** – Vista final após polimento



Fonte: Autores.

**Figura 17** – Vista final lateral direita



Fonte: Autores.

**Figura 18** – Vista final lateral esquerda



Fonte: Autores.

### 3 DISCUSSÃO

O clareamento dental prévio ao procedimento restaurador foi realizado pela técnica de consultório para obtenção da homogeneização da cor dos dentes anteriores e para diminuição da diferença de cor com as manchas brancas, por meio da alteração da saturação do croma (MAIA *et al.*, 2015).

Para que o tratamento restaurador fosse previsível, foi realizado um enceramento diagnóstico, pois possibilita a visualização da forma, posição e proporção das futuras restaurações, por meio de um ensaio restaurador mock-up, e restaurações definitivas seguindo um arranjo funcional e estético do enceramento (HIGASHI *et al.*, 2014). Para realização das restaurações, foi realizada uma barreira em silicone nos modelos de estudo encerado, pois facilita a transferência da morfologia dental para o tratamento restaurador (KINA *et al.*, 2015).

A técnica restauradora direta em resina composta foi a primeira opção, devido às boas propriedades mecânicas dos compósitos, bem como suas propriedades ópticas, que permitem resultados satisfatórios com o uso de métodos de estratificação direta de resina composta (REIS; HIGASHI; LOGUERCIO, 2009). Também apresentam inúmeras vantagens, como longevidade clínica, baixo custo e é relativamente rápido de ser executado. Os resultados mecânicos e estéticos também têm sido amplamente relatados na literatura especializada atualmente (NETO *et al.*, 2013). Todavia, a utilização da resina composta de forma direta requer do profissional maior habilidade manual, domínio da técnica empregada e perspicácia visual (MAIA *et al.*, 2015). Outro aspecto importante na realização de restaurações de resina composta é em relação a sua lisura superficial, através dos procedimentos de acabamento e polimento, sendo de extrema importância, pois podem influenciar na estética do tratamento e na longevidade da restauração (DA SILVA *et al.*, 2008).

Sabendo que para o alcance estético esperado são necessárias inúmeras avaliações para um correto plano de tratamento estético em Odontologia, deve-se necessariamente integrar e adequar os conceitos estéticos clínicos à personalidade do que é estético por parte do paciente. Para que estes requisitos sejam alcançados, o cirurgião-dentista deve realizar uma avaliação da estética da face, da condição periodontal e do sorriso no seu conjunto. Posteriormente, estabelecer uma avaliação de cada dente e de todos em seu conjunto (CARRILHO; PAULA, 2007). Dentro destas avaliações criteriosas para alcançar um sorriso harmônico, muitos autores se baseiam na teoria da proporção áurea (MARSON; SILVA, 2009). Essa proporção estabelece a razão ideal do tamanho aparente dos dentes anteriores superiores quando visto de frente, sendo que a largura aparente do incisivo lateral deve ser aproximadamente 60 % menor que a do incisivo central, e a largura do canino deve ser 60 % menor que a largura aparente do incisivo lateral superior. A partir da proporção áurea, a grade de Levin foi criada para avaliação da proporção visível dos dentes, o que é de grande utilidade nas reabilitações restauradoras estéticas (MONDELLI, 2003).

Assim, os cirurgiões-dentistas devem conhecer as diversas formas, planejamentos e sequências de tratamento, dependendo muito do senso clínico do profissional e de sua habilidade em detectar os fatores etiológicos envolvidos. O uso adequado dos sistemas restauradores adesivos permite realizar tratamentos restauradores diretos, alcançando resultados estéticos e funcionais adequados (PONTONS-MELO *et al.*, 2007).

### 4 CONCLUSÃO

As restaurações diretas em resina composta são excelentes para reanatomização de dentes anteriores, reabilitando e reproduzindo a forma, o tamanho e a cor dos dentes. Com um correto diagnóstico e um planejamento entre o enceramento e a aplicação da proporção divina nas reconstruções estéticas, por meio das guias de referência demonstradas, que são de fácil utilização e podem fornecer ao cirurgião-dentista uma referência clínica importante. O resultado do caso clínico demonstrou a possibilidade de uso de uma alternativa conservadora, reversível, rápida e ótima relação custo-benefício comparado às técnicas indiretas.

### REFERÊNCIAS

CAL NETO, J. O. de A. P.; CUNHA, D. L.; MIGUEL, J. A. M. Diastemas interincisais superiores associados a dentes supranumerários—considerações clínicas e relato de um caso. **Jornal Brasileiro de ORTODONTIA & Ortopedia Facial**, v. 7, n. 39, 2010.

CARRILHO, E. V. P.; PAULA, A. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea. **Revista Portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial**, v. 48, n. 1, p. 43-53, 2007.

- COIMBRA JÚNIOR, N. da C.; GUERINO, P.; MEZOMO, M. B. Diastemas interincisais superiores-revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. **Disciplinarum Scientia**, v. 17, n. 1, p. 95-109, 2016.
- FONSECA, R. B. *et al.* Técnica de Estratificação e Texturização Superficial de Resinas Compostas em Dentes Anteriores–Seis Meses de Acompanhamento. **Clín. int. j. braz. dent**, v. 9, n. 3, p. 322-330, 2013.
- FRANCO, J. de M. *et al.* Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2008.
- HIGASHI, C. *et al.* Planejamento estético em dentes anteriores. *In*: MELLO, A. T. de; MIYASHITA, E. **Odontologia estética: planejamento e técnica**. [S. l.]: Artes Médicas: 2006.
- KINA, M. *et al.* Tratamento restaurador estético minimamente invasivo através da técnica direta com compósito. Relato de caso clínico. **Archives of Health Investigation**, v. 4, n. 4, 2015.
- LOURO, R. L.; GALAZI, D. R.; MOSCON, R. M. Proporção áurea no restabelecimento de um sorriso harmonioso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2009.
- MAIA, T. S. *et al.* Harmonização do sorriso com facetas diretas em resina composta: relato de caso. **Clín. int. j. braz. dent**, v. 11, n. 4, p. 392-401, 2015.
- MARSON, F. C.; SILVA, Rodrigo José da. Avaliação da estética dentária relacionada com a proporção áurea na dentição permanente anterior. **Rev Dentística on line**, v. 8, n. 18, p 24-28. Jan./mar. 2009.
- MAURO, Silvio José; DE ALMEIDA, Letícia Cunha Amaral G.; FRAGA BRISO, André Luiz. Fechamento de diastemas utilizando restaurações diretas de resina composta. **Revista Dental Press de Estética**, v. 10, n. 4, 2013.
- MONDELLI, J. **Estética e Cosmética em Clínica Integrada**. São Paulo: Ed. Quintessence, 2003.
- NETO, S. A. *et al.* Tratamentos estéticos conservadores para o fechamento de diastemas: resinas compostas e cerâmicas odontológicas. **Revista Dental Press de Estética**, v. 10, n. 4, 2013.
- PONTONS-MELO, J. C. *et al.* Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma sequência lógica e conservadora. **Rev dental press estét**, v. 4, p. 39-49, 2007.
- REIS, A.; HIGASHI, C.; LOGUERCIO, A. D. Re-anatomization of anterior eroded teeth by stratification with direct composite resin. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 21, n. 5, p. 304-316, 2009.
- RODRIGUE, S. D. R.; ARGOLO, S.; CAVALCANTI, A. N. Reanatomização dental com resina composta. **Rev Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 3, p. 182-192, dez. 2014.
- SILVA, J. M. F. da *et al.* Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Odonto**, v. 16, n. 32, p. 98-104, 2008.

## **SOBRE AS AUTORAS**

### **Valeria Campagnolo**

Graduada em Odontologia pela Universidade Paranaense (UNIPAR).  
Contato: valeria.campagnolo@edu.unipar.br

### **Eliane Lucelha Antunes**

Graduada em Odontologia pela Universidade Paranaense (UNIPAR).  
Contato: el.antunes28@gmail.com

**Jheysiele Faller Cemin**

Graduada em Odontologia pela Universidade Paranaense (UNIPAR).

Contato: jheyfcemin@gmail.com

**Josiane Francio Pissaia**

Graduada em Odontologia (2012). Especialista em Ortodontia (2016) pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Mestranda em Odontologia (área de concentração Ortodontia) pelo Centro Universitário Herminio Ometto de Araras (UNIARARAS).

Contato: josianepissaia@unipar.br

**Janes Francio Pissaia**

Graduada em Odontologia (2008). Especialização em Prótese Dentária (2015) pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Odontologia Clínica (2016) pela Universidade Positivo (POSITIVO).

Contato: janess@prof.unipar.br

**Leticia Antonelo Campos**

Graduada em Odontologia (2008). Mestre (2014) e Doutora (2018) em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Contato: leticiacampos@prof.unipar.br