



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

BRUNO MARTINS MACIEL

**RECONTORNO COSMÉTICO DE DIASTEMAS INTERINCISIVOS COM RESINA
COMPOSTA NANOPARTICULADA: RELATO DE CASO**

SÃO LUÍS – MA

2023

BRUNO MARTINS MACIEL

RECONTORNO COSMÉTICO DE DIASTEMAS INTERINCISIVOS COM RESINA
COMPOSTA NANOPARTICULADA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção de título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Darlon Martins Lima.

SÃO LUÍS - MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Maciel, Bruno Martins.

Recontorno cosmético de diastemas interincisivos com resina
composta nanoparticulada: relato de caso / BrunoMartins Maciel. - 2023.

45 f.

Orientador(a): Darlon Martins Lima.

Monografia (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade
Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2023.

1. Clareamento Dental. 2. Diastema. 3. Odontologia.
4. Resina Composta. I. Lima, Darlon Martins. II. Título.

Maciel, BM. **Recontorno cosmético de diastemas interincisivos com resina composta nanoparticulada: relato de caso.** Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Monografia apresentada em: __ / __ / __

BANCA AVALIADORA

Prof. Dr. Darlon Martins Lima
(Orientador)

Prof. Dr. Rafael Avellar de Carvalho Nunes
(Titular)

Prof. Dr. Rosana Costa Casasnovas
(Titular)

Prof. Dr. Andréa Dias Neves Lago
(Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que sempre fez por mim tudo quanto pôde, em especial ao meu avô Nilo (in memoriam), que em sua infinita simplicidade sempre me incentivou na carreira acadêmica e na minha futura profissão.

À minha base, devo tudo o que sou.

“Combati o bom combate, acabei a corrida, guardei a fé.”

2 Timóteo 4:7.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pois à Ele todas as coisas pertencem, e sem Ele, nada somos.

Agradeço aos meus pais, Nilo Júnior e Ana Célia, que nunca mediram esforços para que eu pudesse chegar até aqui e sempre fizeram tudo para que eu pudesse ter educação, conforto, alimento, mesmo que isso significasse sacrifícios de ambos. Hoje, se há algo de bom em mim, saibam que foi fruto de ambos.

À minha irmã, Ana Luisa, que sempre esteve presente em minha vida, obrigado por aliviar meus dias.

Aos meus avós:

Pedro e Ana, obrigado por todas as noites de sono perdidas que eu lhes causei, por várias as vezes que eu dormi entre vocês, por toda a segurança que eu sinto, sabendo que tenho meu porto seguro sempre que preciso, por sempre estarem presentes em cada decisão da minha vida, por me acolherem, por serem pessoas que eu me orgulho imensamente de chamar de avós, porque de todo bem que há no mundo, boa parte reside em vocês.

Nilo Maciel e Zuleide, obrigado por serem meu repouso constante, meus símbolos de fé, humildade e simplicidade, obrigado pelas memórias da minha infância, por ter crescido e ter vivenciado tudo que uma criança merece viver. Vó, obrigado por ser minha referência de fé e fortaleza, e, Vô, obrigado por ser meu exemplo intelectual, por todas as vezes que sentamos na varanda para ouvir sobre história, geografia ou política, espero que aí onde estiver, esteja orgulhoso do que o seu neto está se tornando.

A todos os meus familiares, obrigado por me permitir chamá-los de família.

Aos meus amigos de vida, agradeço por tornarem minha vida mais leve, por todos os momentos juntos, pelas alegrias ou tristezas compartilhadas, por me aceitarem, por dividir esta vida comigo.

Aos meus amigos, agora quase dentistas, obrigado pelos 5 anos que estivemos juntos, e por tornar suportável todas as dificuldades que enfrentamos (e não foram poucas), pelos surtos, pelas provas, pelos resumos, pelos lanches, por terem cuidado de mim. Obrigado May, Malu, Léo, Jójoca, Samir, Arthur, Charles e Rayenne.

A minha dupla, calma, não esqueci de ti. A dupla improvável ou os dois que sobraram, fato que estamos juntos desde o 3 período no nosso casamento, obrigado por toda a ajuda dentro e fora do curso, por me ajudar a enfrentar dificuldades e inseguranças, por ser racional e pé no chão, obrigado por ter deixado eu fazer toda a demanda da dentística, obrigado por me acompanhar até o fim. Voa.

A Tacacá (não vou te chamar de Luiz nunca irmão) por ter sido meu amigo mais fiel durante todo o curso e por estar comigo em todos os momentos, pelas viagens, pelos congressos, pelo estresse, pelas brigas, pelos surtos, pelas aulas, por ser tão prestativo e bondoso, obrigado.

A Marina, obrigado por ter chegado e tornado tudo mais leve.

Agradeço ao meu orientador Darlon e a minha professora Suellen, mais que apenas orientando ou aluno, me acolheram e me deram oportunidades que eu jamais poderia imaginar,

e que jamais poderei retribuir. Agradeço os almoços, os lanches, as oportunidades, as caronas, os cursos, tudo. Obrigado por pegarem um aluno medíocre beirando o 5º período e transformá-lo em algo aceitável. Toda minha formação, agradeço a vocês.

De modo geral, agradeço a todos os que participaram da minha formação ao longo desses anos. Aos tios da limpeza, aos técnicos das clínicas, de modo especial Dona Alba e Seu Henrique, os técnicos do laboratório em que passei boa parte do meu tempo, Seu Juninho e Seu Pedro.

LISTA DE SIGLAS

ED	Enceramento diagnóstico
CD	Cirurgião-dentista
RC	Resina composta / resinas compostas
HOF	Harmonização orofacial
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
MW	<i>Milk White</i>
WD	<i>White Dentin</i>
CLR	<i>Clear</i>
Mm	Milímetros

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vista frontal da paciente.

Figura 2 - Vista intraoral da paciente.

Figura 3 - Modelo de gesso.

Figura 4 - Enceramento diagnóstico analógico.

Figura 5 - Clareamento de consultório.

Figura 6 - Guia de mock-up sobre enceramento.

Figura 7 - Resultado pós clareamento.

Figura 8 - Ensaio restaurador cromático.

Figura 9 - (A) Isolamento absoluto, (B) Profilaxia.

Figura 10 (A) Condicionamento ácido, (B) Aplicação do adesivo.

Figura 11 (A) Guia palatina, (B) Concha palatina.

Figura 12 Aspecto antes do acabamento.

Figura 13 Demarcação das linhas de posicionamento dental.

Figura 14 (A, B, C) Ajuste dos ângulos cervico-incisais, (D) Delimitação das cristas marginais, (E) Acabamento cervical, (F) Acabamento interproximal.

Figura 15 Acabamento interproximal (lixa média).

Figura 16 (A) Pré-polimento tipo chama, (B) Polimento inicial tipo chama, (C) Polimento inicial tipo taça, (D) Espiral para brilho inicial.

Figura 17 Polimento final vestibular.

Figura 18 Polimento final interproximal.

Figura 19 (A) foto extraoral, (B) foto intraoral.

SUMÁRIO

RESUMO	13
1. REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1. Diastemas.....	14
1.2. Tratamento ortodôntico x tratamento restaurador direto	15
1.3. Enceramento Diagnóstico	15
1.4. Ensaio Restaurador (mock-up)	16
1.5. Estratificação	17
1.6. Resina Composta	17
2. ARTIGO CIENTÍFICO	19
RESUMO	20
ABSTRACT	21
RESUMEN	22
INTRODUÇÃO	23
METODOLOGIA	24
RELATO DE CASO	25
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	36
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO I – NORMAS DA REVISTA	43
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45

RESUMO

A busca por um sorriso harmônico faz parte da demanda estética na odontologia atual. Aliados às novas técnicas, materiais e evidências científicas, os Cirurgiões-Dentistas encontram-se na era dos procedimentos focados na estética facial. Dentre algumas desarmonias dentais destaca-se o diastema, que em suma, trata-se de um espaço excedente ou ausência de contato dental proximal, podendo ocorrer por diversos fatores como morfologia dental atípica, fase de erupção ou ocorrer de maneira provocada. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar todas as etapas envolvidas no processo de fechamento de diastemas com resina composta. Relata-se o caso clínico da paciente M.L.M.S., sexo feminino, 20 anos, que procurou atendimento odontológico pela queixa da coloração e espaços dentais anteriores compatíveis com a temática do trabalho. Devido a idade da paciente e pela possibilidade de se trabalhar de forma menos invasiva, e ainda sim, com excelência, optou-se pelo clareamento dental associado a acréscimos de resina composta como tratamento de eleição para a reabilitação estética. Dessa forma, após devida anamnese, exame fotográfico e modelos de estudo iniciou-se o tratamento de fechamento de diastemas através da técnica direta com resina composta. Por fim, observou-se, após finalizar o caso, que a resina composta é bem indicada para casos de fechamento de diastemas.

Palavras-chave: Diastema; Resina Composta; Clareamento Dental; Odontologia.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

A necessidade por um sorriso estético e dentes cada vez mais brancos e simétricos gerou na odontologia a era das grandes reabilitações anteriores, mais estéticas que funcionais. Nesse contexto, foi-se aperfeiçoando e surgindo novas técnicas, manejos e materiais dentários com o intuito de suprir tal demanda: adesivos de novas gerações, fotopolimerizadores mais potentes e resinas compostas com cores que fogem à escala convencional (Calixto, 2009).

Consequente, a odontologia moderna, dita adesiva, abriu caminhos para que materiais como a resina composta alcançassem sua maior versatilidade, de modo que, quando bem indicada, geram restaurações funcionais, estéticas e com perspectivas de duração de 15 a 20 anos para dentes posteriores (DEMARCO, 2011).

Entrando na abordagem restauradora anterior, vários são os fatores de descontentamento estético que levam o paciente a buscar por uma intervenção odontológica, principalmente associados à cor, forma ou disposição dos dentes no arco, que geram desconforto e insegurança ao sorrir, como um fator relevante temos, por exemplo, o diastema (BARATIERI, 2011).

1.1. Diastemas

Definidos como espaços excedentes ou ausência de contato entre os dentes, podendo acometer tanto a região anterior quanto posterior, comumente associada a região anterossuperior devido ao maior desprazer estético facial, segundo Moyers (1991) “uma das más oclusões que mais incomodam os pacientes”.

Sendo assim, de acordo com a base da ortodontia, as seis chaves de oclusão de Andrews, classificam o diastema como uma má oclusão, à medida que a quinta chave de oclusão afirma que há a necessidade de existir pontos de contatos definidos entre os dentes (ANDREWS, 1972; MALTAGLIATI, 2006). Assim, a correta anatomia e disposição dos dentes na arcada são de grande importância para maior estética facial do indivíduo. Dessa forma, é necessário que os dentes estejam na correta proporção para um sorriso harmônico, e tal ponto depende da relação adequada entre comprimento e largura, forma e posicionamento espacial dos elementos na boca (GOMES, 2018).

Desse modo, a ortodontia classifica os diastemas em 3 grupos, sendo eles: diastemas fisiológicos, que ocorrem em crianças na fase pré-erupção dos caninos, gerando a ocorrência de espaços entre os incisivos; diastemas patológicos, estes provenientes de alterações que podem estar relacionadas às estruturas dentais, tais como presença de *mesodens*, dentes conóides, agenesias e/ou microdontias, ou de alterações dos tecidos moles, como na presença

de freio labial volumoso; e os diastemas provocados que são frutos de intervenções do cirurgião-dentista, como em correções ortodônticas ou cirurgias ortognáticas. A etiologia dos diastemas se estende ainda a inúmeros outros fatores como discrepâncias dento-alveolares, forma dos arcos distintas, hereditariedade, hábitos parafuncionais, desarranjo muscular e/ou contatos prematuros (VANZATTO, 1999).

É fato que os diastemas, seja qual for sua etiologia, é fator de desarmonia facial e deve ser tratado, mediante queixa do paciente, seja ela funcional ou apenas estética, podendo optar por tratamentos como o ortodôntico quando indicado ou fechamento através da resina composta direta, sendo uma técnica conservadora uma vez que não se faz necessário desgaste tecidual antes da inserção do compósito (BARATIERI, 2002).

1.2. Tratamento ortodôntico x tratamento restaurador direto

Dentre os tratamentos mais elencados para o fechamento de diastemas, a ortodontia é a mais conservadora, por tratar-se apenas da movimentação dental, ajustando posição e fechando os espaços excedentes. Entretanto, por vezes, apenas o tratamento ortodôntico apresenta limitações, principalmente em casos de diastemas consequentes de dentes com forma anômala, como microdentes, dentes conóides ou má formação dentária. Nesses casos, em um cenário ideal, o tratamento multidisciplinar entre a ortodontia aliada a finalização estética restauradora seria o melhor tratamento. (DIAS *et al*, 2020).

Contudo, entre outras desvantagens, a ortodontia possui um período de tratamento elevado, é desconfortável e por vezes os pacientes apresentam resistência em passar pelo tratamento ortodôntico, optando por tratamentos menos demorados, como o tratamento restaurador (SOARES *et al*, 2018).

Quanto à Dentística, o tratamento se dá com material restaurador direto, através da resina composta. Por se tratar de uma modalidade relativamente menos invasiva, estética e com menor tempo clínico, torna-se com frequência, a primeira opção de muitos pacientes que preferem não passar pelo tratamento ortodôntico, buscando sempre procedimentos mais imediatos. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve elucidar o paciente acerca das possibilidades de tratamento, de modo a propor os melhores procedimentos para cada situação (SOARES *et al*, 2018).

1.3. Enceramento Diagnóstico

Todo procedimento reabilitador estético merece cautela e planejamento, de modo que se deve sempre optar pela melhor forma de tornar tangível ao paciente aquilo que se espera

alcançar, suprimindo assim, as expectativas do paciente aliada a segurança do profissional ao executar seu trabalho (DA LUZ, 2015).

Desse modo, a odontologia baseada no planejamento evoluiu cada vez mais, sendo palpável ao cirurgião-dentista perquirir cada etapa futura, evitando erros e diminuindo frustrações ao paciente (OTTOBONI, 2016).

Segundo Meirelles (2013), o enceramento diagnóstico pode ser definido como uma etapa de planejamento e desenvolvimento da reabilitação oral sobre um modelo de gesso, na qual os dentes são confeccionados, em cera, nas regiões de desgaste ou necessidade de acréscimo, seguindo a correta anatomia e plano oclusal.

A técnica de enceramento dental diagnóstico, tornou possível ao cirurgião-dentista a visualização 3D do seu trabalho e a tangibilidade de alterar, ainda na fase de planejamento, características morfológicas, e até mesmo simular o resultado esperado ao paciente, através da técnica de *mock-up*. Além disso, o ED também se faz importante para confecções de guias de desgaste, guia palatina e guia de *mock-up*, gerando confiança e maior segurança na realização dos procedimentos (DA LUZ, 2015).

Desta maneira, o planejamento reverso gerado através do ED vem sendo um dos grandes pilares dos tratamentos restauradores, diretos ou indiretos, de modo que, a maior previsibilidade gerada ao tratamento torna possível diminuir custos, prever situações clínicas e chegar à um denominador comum com o paciente, colocando-o como coparticipante do seu tratamento (DA LUZ, 2015).

1.4. Ensaio Restaurador (mock-up)

Atualmente, uma das formas mais rápidas e precisas de planejamento reverso é o *mock-up*, em outras palavras, diz respeito a um modelo produzido, analógico ou digital, que permite sua duplicação para proporcionar a visualização 3D do paciente e do dentista (TEIXEIRA, 2015).

A técnica de *mock-up* trata-se de um ensaio restaurador cromático baseado na cópia do ED prévio para simular em boca aspectos valiosos para o tratamento. Assim, torna palpável o planejamento estético-funcional para o CD, além da autoavaliação pessoal do paciente que pode visualizar, de forma temporária, o resultado planejado (REIS, 2018).

O *mock-up* diz respeito a uma fase de teste, sendo uma etapa importante pela possibilidade de salientar pontos relevantes na reabilitação futura, nessa fase é tangível ao cirurgião-dentista analisar forma, tecidos moles, avaliar posições dentais, checar fonação e

avaliar guias de oclusão, por exemplo, enquanto que ao paciente é possível analisar o resultado final esperado e medir suas expectativas (REIS, 2018).

1.5. Estratificação

Os dentes naturais possuem inúmeras características ópticas que devem ser reproduzidas para que as restaurações se apresentem naturais tais quais devem ser. Desse modo, recriar estruturas biológicas com materiais artificiais é um dos empecilhos das reabilitações restauradoras de dentes anteriores, e uma das maiores curvas de aprendizado da odontologia moderna: dentes brancos, opacos e sem naturalidade (ASLAM, 2016).

Correia, Oliveira e Silva (2005) atribuem pontos importantes como a fluorescência, opalescência, cor e a translucidez, e o fato de as resinas compostas serem capazes de assimilar essas características de forma semelhante às estruturas dentais. Assim, quando os compósitos, aliados à técnica de estratificação, conseguem mimetizar essas 4 características ópticas, é possível obter um resultado estético muito similar ao natural.

Várias são as técnicas de estratificação e novas vem surgindo, de maneira que, em suma, trata-se de uma técnica incremental utilizada para regiões estéticas, dada a demanda de características ópticas que necessitam ser recriadas, tal que, cada incremento irá compor aspectos da morfologia e cor dos elementos a serem reproduzidos (DUARTE, 2011).

Segundo Vanini (2010) faz-se alusão a minuciosa reprodução de características individuais da dentina, como anatomia interna, e do esmalte através da forma final. Desta forma, a técnica de estratificação busca o maior mimetismo possível dos dentes através da sobreposição de diferentes resinas compostas, podendo ou não ser aliadas ao uso de pigmentos intrínsecos, para gerar naturalidade ao sorriso.

1.6. Resina Composta

As resinas compostas surgiram através do insucesso das resinas acrílicas quimicamente ativadas, desenvolvidas na década de 50, a partir da criação de um monômero de Bisfenol Glicidilmetacrilato (Bis - GMA) pelo doutor Rafael Bowen, que deu origem às primeiras resinas compostas e ainda é a base orgânica das resinas atuais. Embora a formulação tenha sido alterada e otimizada ao longo das décadas, principalmente visando diminuir os pontos problemáticos iniciais que eram alto desgaste, alto coeficiente de expansão térmica, sorção de água, descoloração e alta contração de polimerização (CORREIA, 2011).

Atualmente, constitui o material mais versátil na odontologia restauradora, sua grande aceitação deve-se a inúmeros fatores, desde sua alta taxa de sucesso clínico à sua estética favorável quando comparada a outros materiais restauradores: ionoméricos e metálicos; além

disso, as resinas compostas se beneficiaram, principalmente, do seu uso conjunto com os adesivos, cada vez mais otimizados. Sendo assim, dadas as suas características físicas e estéticas, além da grande adesão ao substrato dental, as RC trouxeram para a odontologia restauradora procedimentos cada vez menos invasivos e oportunidades de técnicas apenas possibilitadas pela era da adesão (CORREIA, 2011).

Utilizadas por décadas na odontologia restauradora, as RC são materiais complexos formados de uma matriz orgânica e carga inorgânica, além de outros compostos como iniciadores, estabilizadores, pigmentos, agentes vítreos (BRUCH, 2013).

Segundo Soares (2019) as RC possuem excelente estética, principalmente as denominadas resinas nanoparticuladas, que possuem compostos vítreos em sua composição gerando um polimento superior as resinas compostas convencionais; baixo custo, sendo possível encontrar tubos dos mais variados preços e a possibilidade de preparos dentais menos invasivos ao paciente, uma vez que a base das restaurações em RC é a correta adesão ao substrato dental.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo científico a ser submetido à Revista Research, Society And Development.

**Recontorno cosmético de diastemas interincisivos com resina composta
nanoparticulada: relato de caso.**

**Cosmetic recontouring of interincisal diastemas with nanoparticulate composite resin:
case report.**

**Recontorneado cosmético de diastemas interincisales con resina compuesta
nanoparticulada: reporte de caso.**

Bruno Martins Maciel

ORCID: 0009-0000-5764-2504

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Email: bruno.maciел@discente.ufma.br

Darlon Martins Lima

ORCID: 0000-0001-9113-1206

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Email: darlon.martins@ufma.br

RESUMO

Diastemas podem ser classificados por três origens distintas e/ou conjuntas: diastemas fisiológicos, normalmente associados à infância; patológicos, relacionados às alterações dentais de forma ou agenesias, além de alterações em tecidos moles, como freio labial hipertrófico; e os diastemas provocados, gerados comumente através de ortodontia ou cirurgias ortognáticas. A etiologia dos diastemas pode estender-se ainda a inúmeros outros fatores como discrepâncias dento-alveolares, forma dos arcos distintas, hereditariedade, hábitos parafuncionais, desarranjo muscular e/ou contatos prematuros, sendo necessário uma anamnese minuciosa para melhor indicação de tratamento. Este estudo teve por objetivo descrever um caso de reabilitação oral com resina composta em um paciente com diastemas interincisivos devido a microdontias associadas a tratamento ortodôntico. Relata-se o caso da paciente M.L.M.S, sexo feminino, 20 anos, relatou queixa de coloração e espaços dentais, ainda após a ortodontia. Após devida anamnese, fotografias extra e intraorais e modelos de estudo, foram realizadas sessões de clareamento, enceramento diagnóstico, mock-up e o fechamento dos diastemas através da técnica direta com resina composta. Observou-se a estética aliada a função após finalização do caso, além da satisfação da paciente, concluindo que a resina composta é um material versátil e bem indicado para casos de diastemas.

Palavras-chave: Diastemas. Resina Composta. Clareamento Dental. Odontologia.

ABSTRACT

Diastemas can be classified by three distinct and/or joint origins: physiological diastemas, usually associated with childhood; pathological, related to dental shape changes or agenesis, in addition to soft tissue changes, such as hypertrophic labial frenum; and caused diastemas, commonly generated through orthodontics or orthognathic surgery. The etiology of diastemas may also extend to numerous other factors such as dento-alveolar discrepancies, distinct arch shape, heredity, parafunctional habits, muscle derangement and/or premature contacts, requiring a thorough anamnesis for better treatment indication. This study aims to describe a case of oral rehabilitation with composite resin in a patient with interincisor diastemas due to microdontia associated with orthodontic treatment. We report the case of the patient M.L.M.S, female, 20 years old, who reported a complaint of tooth coloration and spaces, still after orthodontics. After proper anamnesis, extra and intraoral photographs and study models, whitening sessions, diagnostic waxing, mock-up and diastema closure were performed using the direct technique with composite resin. It was observed the aesthetics combined with the function after finalizing the case, in addition to the patient's satisfaction, concluding that composite resin is a versatile and well indicated material for cases of diastemas.

Keywords: Diastemas. Composite Resins. Tooth Bleaching. Dentistry.

RESUMEN

Los diastemas pueden clasificarse según tres orígenes distintos y/o conjuntos: diastemas fisiológicos, generalmente asociados a la infancia; diastemas patológicos, relacionados con cambios en la forma dental o agenesia, así como cambios en los tejidos blandos como el puente labial hipertrófico; y diastemas causados, comúnmente generados a través de ortodoncia o cirugía ortognática. La etiología de los diastemas también puede extenderse a otros numerosos factores, como discrepancias dentoalveolares, forma distinta del arco, herencia, hábitos parafuncionales, desarreglos musculares y/o contactos prematuros, que requieren una anamnesis minuciosa para indicar mejor el tratamiento. Este estudio pretende describir un caso de rehabilitación oral con resina compuesta en una paciente con diastemas interincisivos por microdoncia asociada a tratamiento de ortodoncia. El caso de la paciente M.L.M.S, mujer, 20 años, refirió una queja de coloración dental y espacios, aún después de la ortodoncia. Tras una anamnesis adecuada, fotografías extra e intraorales y modelos de estudio, se realizaron sesiones de blanqueamiento, encerado diagnóstico, mock-up y cierre de diastemas mediante técnica directa con resina compuesta. Tras la finalización del caso se observó estética combinada con función, además de la satisfacción del paciente, concluyendo que la resina compuesta es un material versátil y muy adecuado para casos de diastemas.

Palabras clave: Diastema. Resinas Compuestas. Blanqueamiento de Dientes. Odontología.

INTRODUÇÃO

A sociedade atual está montada em princípios estéticos faciais e corporais. Em um meio onde a estética tornou-se tão crucial, um sorriso harmônico é símbolo de autoestima e, de tal forma, assume um papel importante na comunicação, socialização e bem-estar do indivíduo para sentir-se bem no seu meio social (PEDRON, 2015). A busca pela melhora na estética facial trouxe uma série de procedimentos que culminaram em uma Odontologia voltada para estética em todas as suas áreas de interesse, desde a Cirurgia Bucomaxilofacial, com as ortognáticas; a Ortodontia, através do alinhamento dental; a Harmonização Orofacial (HOF), como nova especialidade odontológica; e a Dentística, focada em procedimentos restauradores anteriores.

Dentre algumas desarmonias estéticas dentais, pode-se elencar o foco desse estudo que são os diastemas interincisivos. De acordo com Nelson (2015), os diastemas tratam-se de espaços entre os dentes no arco superior ou inferior, que podem estar associados a diversos fatores, sendo alguns fisiológicos, como a fase de erupção mista, outros patológicos, como anomalias dentárias e teciduais, ou provocados, como resultado de intervenções odontológicas.

O correto diagnóstico da causa do diastema é essencial para o futuro tratamento a ser proposto, de modo a não intervir ou causar injúrias teciduais sem a necessidade, como em casos de diastemas fisiológicos temporários.

Como cita Mesko e colaboradores (2016) há necessidade de uma correta anamnese do paciente, em virtude do melhor plano de tratamento. Mesko et al. citam ainda a correlação altura x largura dental para guiar o procedimento restaurador, de modo a não gerar um dente fora das proporções naturais. Tem-se como exemplo o incisivo central, no qual a regra de proporção áurea para este dente determina que a largura não exceda 80% da sua altura.

Vale ressaltar que há várias formas de fechar os diastemas, desde a intervenção ortodôntica, próteses fixas, restaurações diretas e, em casos mais severos, apenas cirurgia ortognática. Logo, compete ao cirurgião-dentista não sobre indicar um tratamento mais invasivo do que realmente se faz necessário (MESKO ET AL., 2016).

Consequente, aliado à uma boa indicação, Da Cunha (2022), em seu estudo sobre adesão e resinas compostas, afirma categoricamente que a técnica de restauração direta aliada a adesão em esmalte é um excelente tratamento para pacientes jovens que buscam tal procedimento, visto que, por ser uma restauração apenas aditiva, gera mínimo desgaste dental, alcançando estética e função desejada.

Dentro do tratamento pressuposto, há a necessidade de um planejamento eficiente, que conta atualmente com a possibilidade do chamado “planejamento reverso”. Essa técnica

consiste em realizar um modelo de estudo com trabalho aditivo que permite mostrar ao paciente, através de um ensaio restaurador cromático (mock-up), uma perspectiva de resultado, de modo a avaliar fatores como estética, função, fonética e opinião do paciente. Essa fase é estritamente necessária a procedimentos restauradores estéticos, por se tratar de uma etapa de testes reversível que permite ao paciente participar, dentro do possível, do seu próprio planejamento (REIS, 2018).

Tal planejamento só é viável graças ao recurso do enceramento diagnóstico. Como afirma Da Luz (2015), a técnica de enceramento dental, seja digital ou analógica, permitiu uma evolução nos tratamentos restauradores, uma vez que tornou tangível visualizar, simular e alterar o resultado final que se espera. Além disso, tal técnica ainda tornou os procedimentos ainda mais previsíveis e seguros.

Aliado a correta indicação, bom planejamento e aprovação do mock-up, compete ao cirurgião-dentista elencar a técnica restauradora, entre elas: técnica simplificada, técnica monocromática e técnica de estratificação (VANINI, 2010; ASLAM, 2016).

Vanini (2010) e Aslam (2016) demonstram que a técnica de estratificação faz alusão a uma restauração que busca mimetizar a estrutura dental devolvendo a correta posição de elementos anatômicos coronários. O desenho de mamelos dentinários, a presença do halo opaco incisal, a curvatura dental, a correta posição das cristas, áreas de opalescência e translucidez, ou seja, busca assimilar aspectos de naturalidade entre esses elementos.

A técnica de estratificação está cada vez mais em evidência, uma vez que as resinas compostas estão mais similares às estruturas dentais. A evolução das resinas compostas permitiu que houvesse maior mimetismo das estruturas dentinárias, de modo a alcançar a opacidade ideal. Além disso, tem-se resinas translúcidas que geram efeito de opalescência característico de terços incisais, e resinas de esmalte com grande capacidade de polimento através de partículas supra nanoparticuladas (MONDELLI, 2019).

O objetivo desse trabalho, portanto, é descrever todas as etapas de reabilitação de um paciente com presença de múltiplos diastemas interincisivos com resinas compostas supra nanoparticuladas.

METODOLOGIA

Após autorização da paciente, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizado o relato do caso clínico descritivo do atendimento realizado na Clínica Escola da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), de modo que todas as etapas descritas

nesse estudo foram obtidas através da anamnese da paciente, fotografias intra e extraorais e moldagens dos arcos superiores e inferiores.

RELATO DE CASO

Paciente M.L.M.S, sexo feminino, 20 anos, buscou atendimento relatando queixa de coloração e espaços dentais, ainda após tratamento ortodôntico (Figura 1 e 2).

Figura 1: Vista frontal do paciente.



Fonte: Autoria própria.

Figura 2: vista intraoral do paciente.



Fonte: Autoria própria.

Após anamnese e avaliação das fotos intraorais, pôde-se observar características dentais e de tecidos moles relevantes para o caso. Notou-se diastemas anterossuperiores, causados

possivelmente devido a morfologia dental associada a finalização ortodôntica. Além disso, é possível notar leve desvio do dente 11 para distal e presença de cálculo dental na região de contenção ortodôntica nos incisivos inferiores. Esteticamente, notou-se assimetria dental e saturação acentuada das regiões cervicais dos dentes anteriores, sendo uma das principais queixas da paciente.

Inicialmente, foi realizado as moldagens dos arcos superior e inferior com silicone de condensação pesado e leve (Perfil, Coltene, Altstätten, Vale do Reno, Suíça) para obtenção dos modelos de gesso (Herostone tipo IV, Vigodent, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) (Figura 3) para enceramento diagnóstico (Cera Regular, Kota, Cotia, São Paulo, Brasil) (Figura 4).

Figura 3: Modelo de gesso.



Fonte: Autoria própria.

Figura 4: Enceramento diagnóstico analógico



Fonte: Autoria própria.

A partir dos modelos para estudo, foi realizado o planejamento restaurador que se iniciou através do clareamento dental pela técnica de consultório (Whiteness HP MAXX 35%, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) associado ao uso caseiro supervisionado (Whiteness Perfect 16%, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) por 14 dias (Figura 5). Além disso, foi realizado o enceramento diagnóstico dos dentes 13 ao 23 e, a partir do modelo encerado,

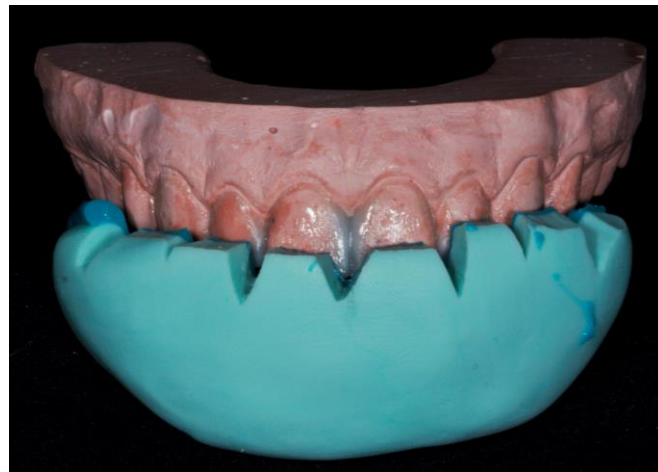
produziu-se a guia de mock-up e a guia palatina com silicone de condensação (Perfil, Coltene, Altstätten, Vale do Reno, Suíça) (Figura 6).

Figura 5: Clareamento de consultório.



Fonte: Autoria própria.

Figura 6: Guia de mock-up sobre enceramento.



Fonte: Autoria própria.

Após a etapa de clareamento (Figura 7), deu-se início a etapa de ensaio restaurador, após 15 dias do final da etapa de clareamento, para que houvesse maior estabilidade de cor e não existisse mais resíduos dos subprodutos do gel clareador. Posteriormente, realizou-se o ensaio restaurador cromático através da resina bisacrílica cor b1 (Primmart, FGM, Joinville, Santa

Catarina, Brasil), no qual foi analisado estética, função e fonética, além da aprovação da paciente (Figura 8).

Figura 7: Resultado pós clareamento.



Fonte: Autoria própria.

Figura 8: Ensaio restaurador cromático.

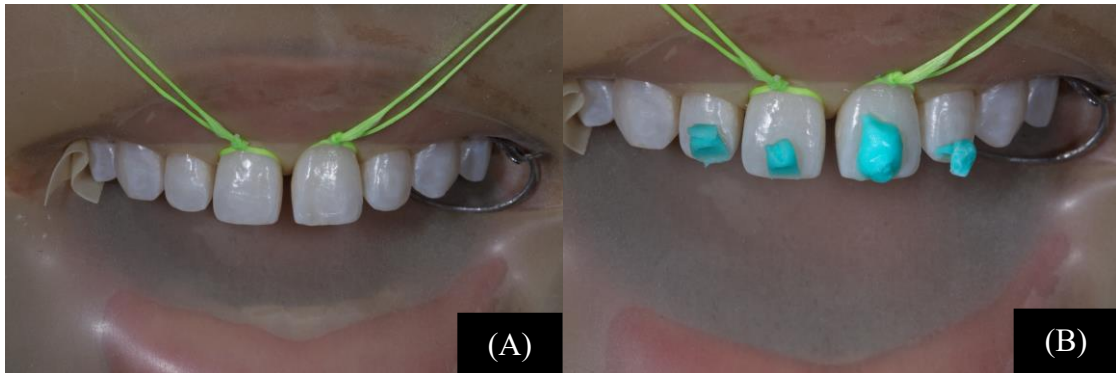


Fonte: Autoria própria.

Após etapa de mock-up, deu-se início a etapa restauradora iniciada pelo isolamento absoluto dos dentes 14 ao 24 com lençol de borracha (Easy, Bassi, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil) conjunto ao arco de Young (Golgran, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil). Foi realizada profilaxia com pasta à base de clorexidina (Consepsis Scrub, Ultradent, South Jordan, Utah, Estados Unidos da América), lavagem e secagem com seringa tríplice, remoção de esmalte aprismático e regularização de ângulos vivos com broca diamantada (2135 FF,

American Burrs, Palhoça, Santa Catarina) e discos de lixa de granulação grossa (Praxis, TDV, Septodont, Saint-Maur-des-Fossés, França) (Figura 9).

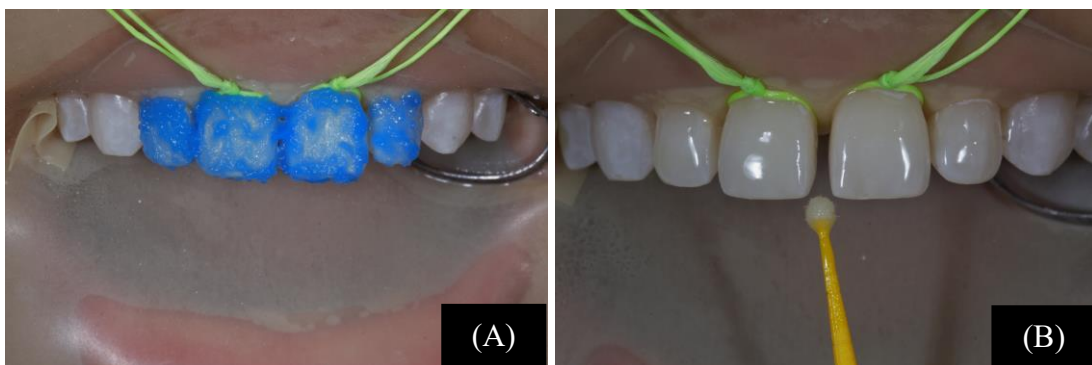
Figura 9: (A) Isolamento absoluto; (B) Profilaxia.



Fonte: Autoria própria.

Realizou-se o condicionamento ácido do esmalte por 30 segundos com ácido fosfórico 35% (Potenza Attacco, Phs Group, Joinville, Santa Catarina, Brasil), lavagem e secagem abundante, aplicação do adesivo puro (Optibond Fl, Kerr, Orange, Califórnia, EUA) e fotoativação com fotopolimerizador Grand Valo (Ultradent, South Jordan, Utah, EUA) (Figura 10).

Figura 10: (A) Condicionamento ácido; (B) Aplicação do adesivo.

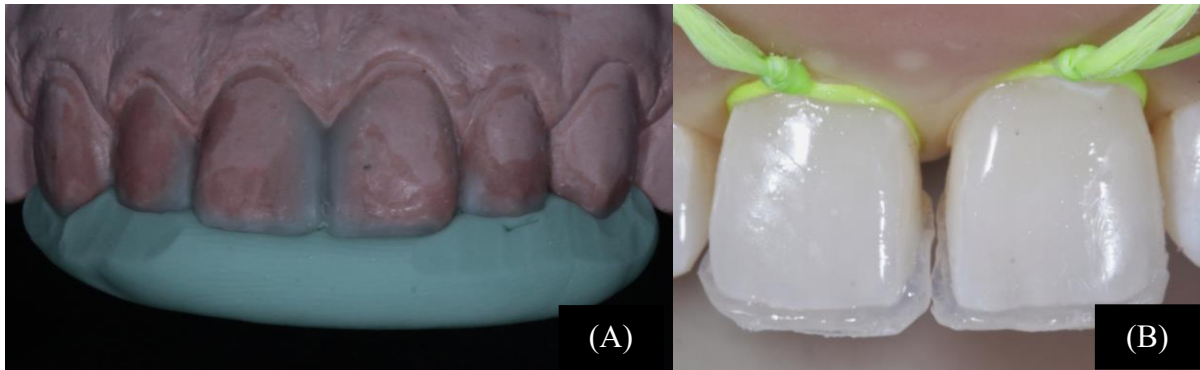


Fonte: Autoria própria.

Com auxílio da guia palatina, criou-se a concha palatina dos dentes 13 ao 23, com resina composta (RC) (Incisal, Forma, Ultradent, South Jordan, Utah, EUA) (Figura 11). Posteriormente, fez-se as proximais com RC (MW, Estelite Ômega, Tokuyama Dental, Tóquio, Japão), dando arquitetura primária dos dentes. Seguiu-se a estratificação com a RC de dentina (D1, Neo Spectra St Effects, Dentsply Sirona, York, Pensilvânia, EUA), caracterizando os mamelos dentinários. Na borda incisal, fez-se o uso da RC (WD, Forma, Ultradent, South

Jordan, Utah, EUA) criando o halo opaco incisal. Utilizou-se a resina composta de efeito (Clear Incisal, Harmonize, Kerr, Orange, Califórnia, EUA) para recobrir o terço incisal, gerando o efeito opalescente. Por fim, recobriu-se os terços incisal e médio com camada única de resina de esmalte supra nanoparticulada (MW, Estelite Ômega, Tokuyama Dental, Tóquio, Japão), definindo anatomia primária (Figura 12).

Figura 11: (A) Guia palatina; (B) Concha palatina.



Fonte: Autoria própria.

Figura 12: Aspecto antes do acabamento.



Fonte: Autoria própria.

Após finalizar o último incremento, utilizou-se gel à base de água (K-Y Gel, Johnson & Johnson, Nova Brunswick, Nova Jersey, EUA), para auxiliar na fotopolimerização final, de modo a inibir a camada superficial de oxigênio. Ao finalizar a etapa restauradora, deu-se início a etapa de acabamento, utilizando grafite 0,5mm para demarcação das áreas de brilho e sombra, além da delimitação das cristas marginais, terços dentais e anatomia secundária (Figura 13).

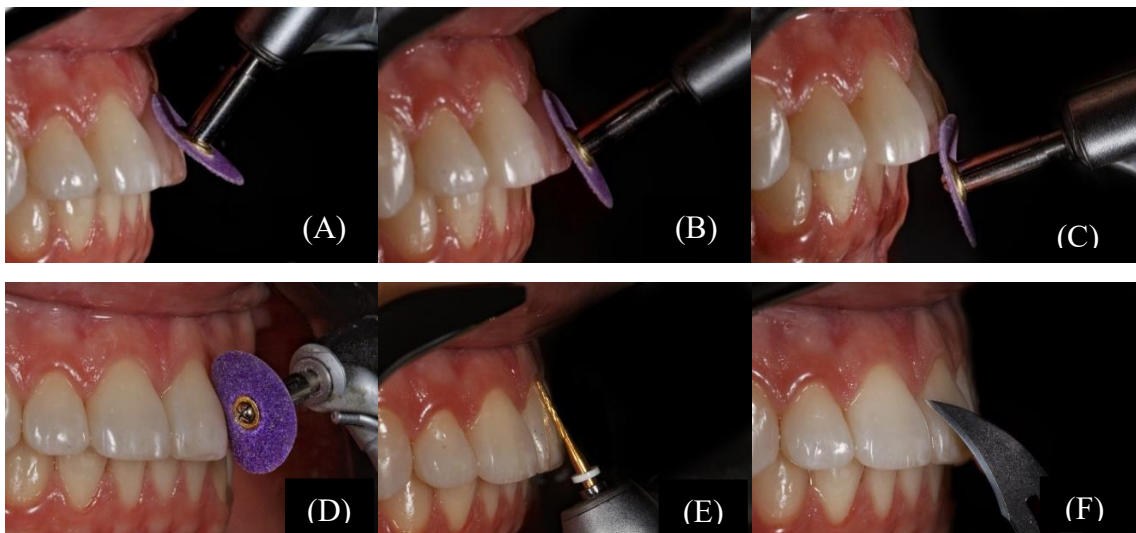
Figura 13: Demarcação das linhas de posicionamento dental.



Fonte: Autoria própria.

Utilizou-se discos de lixa de granulação grossa (Dh Pro, Paranaguá, Paraná, Brasil) para delimitar as cristas marginais e ângulos cervico-incisais, respeitando a correta angulação dental, brocas multilaminadas (Jota Switzerland, Hirschensprungstrasse, Rüthi, Suíça) e lâminas de bisturi nº 12 para ajuste de excessos (Figura 14), além de tiras de lixa média (Epitex, GC, Hongo, Bunkyo-ku, Tóquio, Japão) para acabamento interproximal (Figura 15).

Figura 14: (A, B, C) Ajuste dos ângulos cervico-incisais; (D) Delimitação das cristas marginais; (E) Acabamento cervical; (F) Acabamento interproximal.



Fonte: Autoria própria.

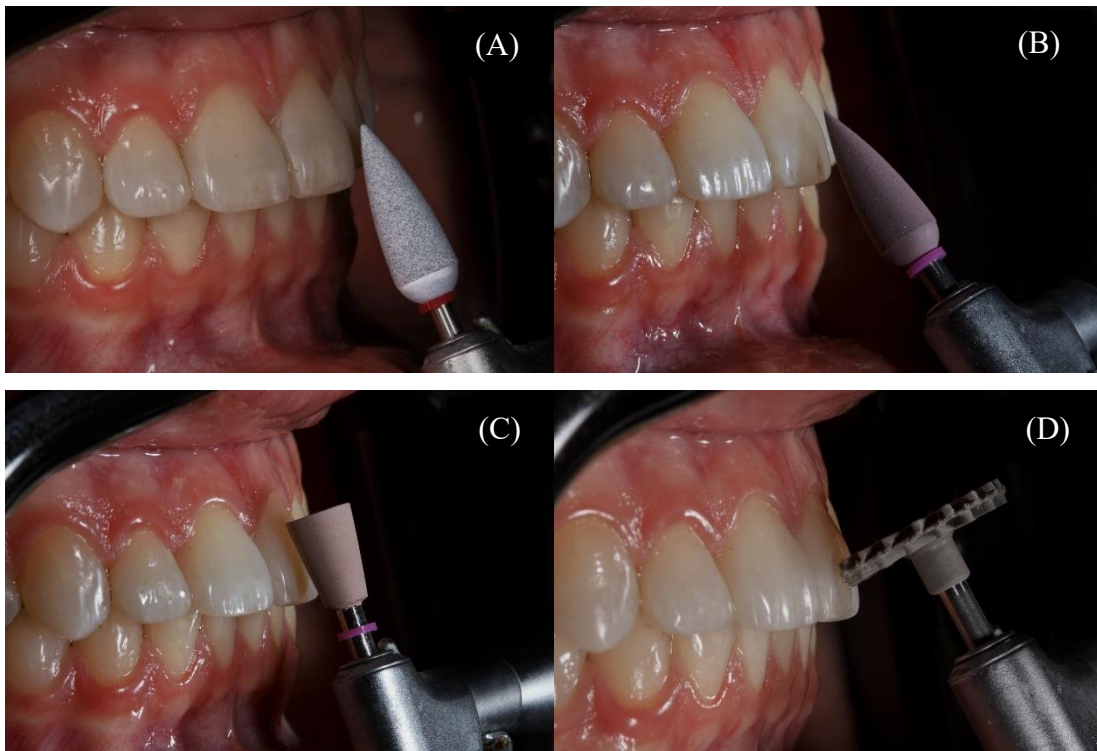
Figura 15: Acabamento interproximal (lixa média).



Fonte: Autoria própria.

Após finalizados os ajustes de acabamento, iniciou-se a etapa de polimento (Figura 16). Utilizou-se polidores grosso, médio e fino em formato taça e chama, além de polidores espirais (Dh Pro, Paranaguá, Paraná, Brasil). Finalizou-se com escova de feltro (Dh Pro, Paranaguá, Paraná, Brasil), associada à pasta de polimento (Diamond Polish 0.5, Ultradent, South Jordan, Utah, EUA), na região vestibular (Figura 17) e tiras de lixa fina (Epitex, GC, Hongo, Bunkyo-ku, Tóquio, Japão) nas interproximais (Figura 18).

Figura 16: (A) Pré-polimento tipo chama; (B) Polimento inicial tipo chama; (C) Polimento inicial tipo taça; (D) Espiral para brilho inicial.



Fonte: Autoria própria.

Figura 17: Polimento final vestibular.



Fonte: Autoria própria.

Figura 18: Polimento final interproximal.



Fonte: Autoria própria.

Após finalizado o polimento final, registrou-se fotografias intra e extraorais finais (Figura 19).

Figura 19: (A) foto extraoral, (B) foto intraoral.



Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Os diastemas são foco de insatisfação de muitos pacientes, devido a desarmonia estética que o mesmo traz. Em uma sociedade, montada na pauta da estética como pilar para o reconhecimento social, um sorriso agradável se torna um meio de atingir o bem estar, auto estima e desenvoltura social. Nesse sentido, o caso clínico apresentado trouxe um caso de diastemas interincisivos que persistiu, mesmo após ortodontia, dado a anatomia particular dos dentes, dessa forma a paciente se sentia com um sorriso infantil e desagradável esteticamente. Desse modo, a necessidade de intervenção se fez presente uma vez que tal fator estético incomodava a paciente (PEDRON, 2015).

Ottoboni (2016) traz, categoricamente, em seu estudo a afirmação que, mais que um bom executor, o dentista deve ser planejador, ético e deve agir dentro da limitação do que cada material e técnica podem ofertar, buscando manter a balança entre estética e função, alcançando saúde. Assim, concluído o caso, ficou evidente que o correto planejamento, em conjunto a uma anamnese detalhada, fotografias, modelos de estudo, aliado à uma técnica restauradora consolidada, pôde trazer um resultado eficiente e satisfatório, além de conservador, uma vez não houve desgaste da estrutura dental.

Nessa perspectiva, o tratamento eleito para o caso apresentado foi o tratamento restaurador direto, consoante a da Cunha et al (2022), demonstrando que a técnica direta aliada à adesão padrão ouro em esmalte é o melhor tratamento para pacientes jovens, respeitando ao máximo a preservação da estrutura dental, sem abrir mão da função ou estética. Desse modo, a resina composta, quando corretamente indicada e tecnicamente bem aplicada, mantém hoje elevado padrão para região anterossuperior, tal como restaurações cerâmicas.

De acordo com Cocco et al (2018), ao se eleger um tratamento restaurador para pacientes jovens é necessário levar inúmeros fatores em consideração dentre os quais, estética e menor desgaste, além de menor tempo clínico, são os mais solicitados pelos próprios pacientes, que preferem não sofrer desgastes dentais e não esperar pelo prazo de laboratório para as cerâmicas, como exemplo.

As restaurações adesivas (diretas) ganharam destaque e preferência dos pacientes por ser uma técnica eficaz, segura e com excelente resultado estético, aliado a menor custo, menor desgaste e menor tempo de consultório. O professor Newton Fahl (2016), afirma que as restaurações diretas para dentes anteriores possuem tanto sucesso quanto os materiais e técnicas podem oferecer, e dessa forma, com o surgimento de novos materiais, evolução de outros e consolidação de novas técnicas, as facetas diretas tiveram um crescimento exponencial na última década.

Consequente, é possível afirmar que as novas resinas disponíveis no mercado, principalmente de marcas japonesas consolidadas, com a tecnologia supra nanoparticuladas, trouxeram maior longevidade de polimento as restaurações diretas, logo, diminuindo acúmulo de biofilme, responsável por manchamentos marginais e caries secundárias, que ficou comprovado após etapa de finalização da restauração e acompanhamento de 6 meses, sem manchamentos marginal. A escolha do material é um ponto crucial, porém a técnica se faz tão importante quanto, por isso a odontologia sempre buscou novas formas de restaurar buscando naturalidade, e diversas técnicas surgiram com o intuito de gerar restaurações cada vez mais estéticas e que tornasse a resina similar ao dente humano (FAHL, 2016).

Dentre as diversas teorias estudadas e já consolidadas, Vanini (2001) em seus estudos sobre cor, percebeu que a luz se comportava diferente quando refletida ou refratada no dente em comparação à resina composta, dessa forma, ele adotou a “técnica de estratificação” da resina composta, que em resumo, seria estratificar ou criar várias camadas subsequentes, de modo a restaurar o dente seguindo sua anatomia interna, ou seja, recriar mamelos dentinários, halos incisais, aspectos de maior ou menor opacidade, áreas de reflexão, áreas de translucidez e opalescência, dessa forma, o caso clinico seguiu a técnica supracitada, devolvendo características internas intrínsecas a cada dente, respeitando a correta morfologia dando ao contexto final da restauração algo verossímil ao natural.

Ao finalizar as restaurações, é necessário a longevidade através da manutenção, uma vez que as resinas compostas apresentam maior rugosidade superficial comparadas a cerâmica,

por este motivo, foi necessário um protocolo bem definido de polimento para diminuir a rugosidade, diminuindo áreas de acúmulo de biofilme, além de gerar maior brilho, isso foi possível com uso de borrachas abrasivas, espirais de polimento e escovas de feltro aliado a pasta diamantadas. Consequente a Pontes et al (2009), na última década houve grande empenho em torno da evolução das resinas compostas, chegando as atuais resinas supra nanoparticuladas, com partículas vítreas que geram um polimento excelente. Ademais, também existem no mercado diversas opções de polidores, escovas e pastas de polimento, que propiciam grande facilidade ao cirurgião dentista na hora de gerar o polimento final as suas restaurações.

Por fim, percebe-se que a desenvoltura de um caso vai muito além de apenas restaurar o dente. São necessários um estudo fotográfico, anamnese detalhada, modelo de estudo, ensaio restaurador, seleção e estudo de cor e forma dental, e um polimento adequado para maior longevidade.

CONCLUSÃO

Ao final do processo, pôde-se observar melhora na distribuição dos espaços dentais, devolvendo pontos de contato interproximal adequados e anatomia harmônica para a paciente gerando um sorriso menos infantil, além do equilíbrio de cor de todos os dentes.

Desse modo, é possível afirmar que a resina composta direta como eleição para o tratamento restaurador para casos de fechamento de diastema é uma opção viável, de excelente custo benefício, alta estética e função. Além disso, vale ressaltar a satisfação da paciente que teve suas perspectivas atendidas.

REFERÊNCIAS

ÁLAMO, Larissa et al. Resinas compostas supra-nanométricas como novas tendências em Odontologia estética: relato de caso clínico. 2019, Anais. **Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo**, 2019. Acesso em: 16 mai. 2023.

ALBERS, H.F. Esthetic treatment planning and pertinent information on cosmetic, adhesives and restorative dentistry. **Adep Report**, fall 1992. Acesso em: 20 fev 2023.

ASLAM, Ayesha et al. Camadas para um belo sorriso: estratificação de resina composta. **Paquistão Oral & Dental Journal**, v. 36, n. 2, 2016.

BARATIERI, Luiz Narciso et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. In: **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 2002. p. 739-739. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-336228>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CALIXTO, Luiz Rafael et al. Harmonização do sorriso com resina composta direta. **Rev. dental press estét.** v.6, n. 18-28, 2009. Acesso em: 13 ago. 2023.

BARATIERI, Luiz Narciso. Odontología Restauradora. Fundamentos y Técnicas. **São Paulo: Gen Grupo Editorial Nacional**, 2011.

JÚNIOR, Nestor da Costa Coimbra; GUERINO, Paula; MEZOMO, Maurício Barbieri. Diastemas interincisais superiores-revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 17, n. 1, p. 95-109, 2016.

JUNIOR, Sillas Duarte; DE OLIVEIRA, Ana Luisa Botta Martins; PHARK, Jin-Ho. **The american journal of esthetic dentistry**, 2011.

COSTA, Patrícia Conceição Neves et al. O Tratamento de Diastemas com planejamento por Mock-Up: Revisão de Literatura/Treatment of Diastema with planning using Mock-Up: Literature Review. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1170-1184, 2020.

DIAS, B.A.S. et al. Diastemas: etiologia, diagnóstico e possíveis formas de reabilitação. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 129-140, 2020. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_11.pdf. acesso em jul 2023.

FAHL, N. Facetas diretas/índiretas de resina composta: relato de caso. **Periodontia prática e odontologia estética**, v. 8, p. 627-638, 2016.

GOMES, ACR. Modificações na forma e na textura para efeitos ópticos em dentes anteriores. **Prothes. Esthet. Sci.** 2018; 7(26):11-18. DOI: 10.24077/2018;726-CT1118

MALTAGLIATI, L. A. et al. Avaliação da prevalência das seis chaves de oclusão de Andrews, em jovens brasileiros com oclusão normal natural. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 99-106, jan./fev. 2006.

MONDELLI, José; PEREIRA, Marcelo Agnoletti; MONDELLI, Rafael Francisco Lia. Etiologia e tratamento dos diastemas dentários. **Biodonto**, v. 1, n. 5, p. 10-115, 2003.

MOYERS, R. E. Etiologia da maloclusão. **Moyers RE. Ortodontia**. 4ª ed. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, p. 212-37, 1991.

NELSON, SJ Wheeler's. **Anatomia Dentária, Fisiologia e Oclusão**. Vol. 1, 2015.

DA SILVA OLIVEIRA, Akícia et al. Mascaramento de dentes escurecidos utilizando restaurações diretas: relato de caso. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 8, n. 2, 2020.

Ottoboni TDO, Falacho RI. A importância do enceramento diagnóstico para realizar restaurações em resina composta em dentes anteriores com maior previsibilidade. **J Clin Dent Res**. 2016 Jul-Sep;13(3):54-60.

PEDRON, Irineu Gregnanin. Aplicação da toxina botulínica associada à clínica integrada no tratamento do sorriso gengival. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 4, p. 365-9, 2015.

DOS REIS, Giselle Rodrigues et al. Mock-up: previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 27, n. 81, 2018.

Soares PV, Peres TS, Wobido AR, Machado AC. Composite resin in the last 10 years - Literature Review. Part 1: Chemical composition. **J Clin Dent Res**. v.16, n. 45-56, 2019.

SOARES, A.C.S. et al. Diastemas-fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas. **Instituto Universitário de Ciências da Saúde**. 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3017>.

TEIXEIRA, Ana Beatriz Vilela et al. **Planejamento reverso para obtenção do sucesso em reabilitações orais**. Revista Gutierre Odontolife, v. 61, p. 38-40, 2015. Disponível em: http://issuu.com/dentalgutierre/docs/gutierre_odontlife_ed61. Acesso em: 14 ago. 2023.

VANINI, L.; MANGANI, F. As cinco dimensões de cor dos dentes: uma nova forma de determinação e comunicação da cor em restaurações de resina composta, **Pract. Periodonto. Esteta. Dente**, n. 13, pág. 1, 2001.

VANINI, Lorenzo. Conservative composite restorations that mimic nature. **The journal of cosmetic dentistry**, v. 26, n. 3, p. 80, 2010.

VANZATO, José Wanderley; SAMPAIO, José Eduardo Cezar; TOLEDO, Benedicto Egbert Corrêa de. Prevalência do freio labial anômalo e diastema mediano dos maxilares e sua interrelação. **RGO (Porto Alegre)**, p. 27-34, 1999.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diastemas se apresentam como fator de desarmonia estética, podendo comprometer a autoestima e bem estar do paciente. Deve-se avaliar a causa do diastema e propor o melhor tratamento, avaliando posição dental, idade e expectativas do paciente.

Devido a isso, foi proposto o fechamento através das resinas compostas diretas, realizada através da técnica da estratificação dental. Tratando-se de uma técnica aditiva que busca gerar maior preservação da estrutura dental, aliada a uma adesão apenas em esmalte, buscando mimetizar as estruturas dentais alcançando estética natural e satisfatória ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLAMO, Larissa et al. Resinas compostas supra-nanométricas como novas tendências em Odontologia estética: relato de caso clínico. 2019, Anais. **Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo**, 2019. Acesso em: 16 mai. 2023.

ALBERS, H.F. Esthetic treatment planning and pertinent information on cosmetic, adhesives and restorative dentistry. **Adep Report**, fall 1992. Acesso em: 20 fev 2023.

ANDREWS, L. F. The six keys to normal occlusion. **Am J Orthod.**, Saint Louis, v.62, n. 3, p. 296-309, Sept. 1972. Disponível em: http://ortoface.inspiraagency.es/wp-content/uploads/2022/05/5_Andrews_1972_The_six_keys_to_normal_occlusion.pdf. Acesso em 12 ago. 2023.

ASLAM, Ayesha et al. Camadas para um belo sorriso: estratificação de resina composta. **Paquistão Oral & Dental Journal**, v. 36, n. 2, 2016.

BARATIERI, Luiz Narciso et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. In: **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 2002. p. 739-739. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-336228>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BARATIERI, Luiz Narciso. Odontología Restauradora. Fundamentos y Técnicas. **São Paulo: Gen Grupo Editorial Nacional**, 2011.

CALIXTO, Luiz Rafael et al. Harmonização do sorriso com resina composta direta. **Rev. dental press estét.** v.6, n. 18-28, 2009. Acesso em: 13 ago. 2023.

JÚNIOR, Nestor da Costa Coimbra; GUERINO, Paula; MEZOMO, Maurício Barbieri. Diastemas interincisais superiores-revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 17, n. 1, p. 95-109, 2016.

JUNIOR, Sillas Duarte; DE OLIVEIRA, Ana Luisa Botta Martins; PHARK, Jin-Ho. **The american journal of esthetic dentistry**, 2011.

COSTA, Patrícia Conceição Neves et al. O Tratamento de Diastemas com planejamento por Mock-Up: Revisão de Literatura/Treatment of Diastema with planning using Mock-Up: Literature Review. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1170-1184, 2020.

CORREA, M. B. Life course determinants of failure in posterior restorations: a multilevel approach. 2011. **Universidade Federal de Pelotas**, Pelotas, 2011.

DA LUZ, Murilo; NOÉLI, Boscato; BERGOLI, César Dalmolin. Diagnosis wax up as an important tool in the aesthetic and functional rehabilitation. **Prótesenews**, 2015.

DEMARCO, F. F. et al. Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. **Dent. Mater.**, Washington, v. 28, no. 1, p. 87-101, 2011.

DIAS, B.A.S. et al. Diastemas: etiologia, diagnóstico e possíveis formas de reabilitação. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 129-140, 2020. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_11.pdf. acesso em jul 2023.

FAHL, N. Facetas diretas/indiretas de resina composta: relato de caso. **Periodontia prática e odontologia estética**, v. 8, p. 627-638, 2016.

GOMES, ACR. Modificações na forma e na textura para efeitos ópticos em dentes anteriores. **Prosthes. Esthet. Sci.** 2018; 7(26):11-18. DOI: 10.24077/2018;726-CT1118

MEIRELLES, Lis; BAVIA, Paula Furlan; VILANOVA, Larissa Soares Reis. Clinical applications of diagnostic wax-up in oral rehabilitation – a literature review. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**. 2013

MALTAGLIATI, L. A. et al. Avaliação da prevalência das seis chaves de oclusão de Andrews, em jovens brasileiros com oclusão normal natural. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 99-106, jan./fev. 2006.

MONDELLI, José; PEREIRA, Marcelo Agnoletti; MONDELLI, Rafael Francisco Lia. Etiologia e tratamento dos diastemas dentários. **Biodonto**, v. 1, n. 5, p. 10-115, 2003.

MOYERS, R. E. Etiologia da malocclusão. **Moyers RE. Ortodontia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, p. 212-37, 1991.

NELSON, SJ Wheeler's. **Anatomia Dentária, Fisiologia e Oclusão**. Vol. 1, 2015.

DA SILVA OLIVEIRA, Akícia et al. Mascaramento de dentes escurecidos utilizando restaurações diretas: relato de caso. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 8, n. 2, 2020.

OTTOBONI TDO, Falacho RI. A importância do enceramento diagnóstico para realizar restaurações em resina composta em dentes anteriores com maior previsibilidade. **J Clin Dent Res.** 2016 Jul-Sep;13(3):54-60.

PEDRON, Irineu Gregnanin. Aplicação da toxina botulínica associada à clínica integrada no tratamento do sorriso gengival. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 4, p. 365-9, 2015.

PONTES, André Pontes e cols. Rugosidade superficial de compostos microparticulados e nanoparticulados após acabamento e polimento. **RGO**, v. 57, n. 2, pág. 179-182, 2009.

DOS REIS, Giselle Rodrigues et al. Mock-up: previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 27, n. 81, 2018.

SOARES PV, Peres TS, Wobido AR, Machado AC. Composite resin in the last 10 years - Literature Review. Part 1: Chemical composition. **J Clin Dent Res**. v.16, n. 45-56, 2019.

SOARES, A.C.S. et al. Diastemas-fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas. **Instituto Universitário de Ciências da Saúde**. 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3017>.

TEIXEIRA, Ana Beatriz Vilela et al. **Planejamento reverso para obtenção do sucesso em reabilitações orais**. Revista Gutierre Odontolife, v. 61, p. 38-40, 2015. Disponível em: http://issuu.com/dentalgutierre/docs/gutierre_odontolife_ed61. Acesso em: 14 ago. 2023.

VANINI, L.; MANGANI, F. As cinco dimensões de cor dos dentes: uma nova forma de determinação e comunicação da cor em restaurações de resina composta, **Pract. Periodonto. Esteta. Dente**, n. 13, pág. 1, 2001.

VANINI, Lorenzo. Conservative composite restorations that mimic nature. **The journal of cosmetic dentistry**, v. 26, n. 3, p. 80, 2010.

VANZATO, José Wanderley; SAMPAIO, José Eduardo Cezar; TOLEDO, Benedicto Egbert Corrêa de. Prevalência do freio labial anômalo e diastema mediano dos maxilares e sua interrelação. **RGO (Porto Alegre)**, p. 27-34, 1999.

ANEXO I – Normas da Revista

1) Estrutura do texto:

- Título nesta sequência: inglês, português e espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta sequência: nome, ORCID, instituição, e-mail). OBS: O número ORCID é individual de cada autor, sendo necessário para registro no DOI, sendo que em caso de erro não é possível fazer o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave nesta sequência: português, inglês e espanhol (o resumo deve conter o objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 e 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, na qual consta contexto, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores que fundamentam a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente, 3. Resultados e Discussão, renumerando os demais subitens), 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 20 referências o mais atuais possível. Tanto a citação no texto quanto o item de Referências, utilizar o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas colocadas em ordem alfabética crescente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência, não devem ser numerados, devem ser colocados em tamanho 8 e espaçamento 1,0, separados entre si por um espaço em branco).

2) Esquema:

- Formato Word (.doc);
- Escrito em espaço de 1,5 cm, utilizando fonte Times New Roman 10, em formato A4 e as margens do texto devem ser inferior, superior, direita e esquerda de 1,5 cm.;
- Os recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB);
- Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

3) Figuras:

A utilização de imagens, tabelas e ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Observação: o tamanho máximo do arquivo a ser enviado é de 10 MB (10 mega).

Figuras, tabelas, quadros etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridas. Após sua inserção, a fonte (de onde vem a figura ou tabela...) e um parágrafo de comentário para dizer o que o leitor deve observar é importante neste recurso. As figuras, tabelas e gráficos ... devem ser numerados em ordem crescente, os títulos das tabelas, figuras ou gráficos devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

4) Autoria:

O arquivo word enviado no momento da submissão NÃO deve conter os nomes dos autores.

Todos os autores precisam ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise dos revisores da revista). Os autores devem ser cadastrados apenas nos metadados e na versão final do artigo por ordem de importância e contribuição para a construção do texto. NOTA: Os autores escrevem os nomes dos autores na grafia correta e sem abreviaturas no início e no final do artigo e também no sistema da revista.

O artigo deve ter no máximo 7 autores. Para casos excepcionais, é necessária a consulta prévia à Equipe da Revista.

5) Comitê de Ética e Pesquisa:

Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

6) Vídeos tutoriais:

- Cadastro de novo usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo para submissão do artigo no sistema de periódicos: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

7) Exemplo de referências APA:

- Artigo de jornal:

Gohn, MG & Hom, CS (2008). Abordagens teóricas para o estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH*, 21 (54), 439-455.


- Livro:

Ganga, GM D.; Soma, TS & Hoh, GD (2012). *Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Engenharia de Produção*. Atlas.

- Página da Internet:

Amoroso, D. (2016). *O que é Web 2.0?* <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO


UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CURSO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTES

Eu, MAYARA WIZA MENEZES DA SILVA,
 RG n° 044945102010-6, residente à Av/Rua RUA DAS PATATINAS, COND. RESERVA, n° 902, Bairro ROZINA DO FAROL, na cidade de SÃO LUÍS - Estado de MA, por meio deste termo de consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr(a). DARLON MAETENS LIMA CRO-Ma 1530 faça fotografias e outros tipos de imagens e registro meus e sobre meu caso clínico. Consinto que estas imagens, bem como, as informações relacionadas ao meu caso clínico sejam utilizadas para finalidade Didática (aulas, painéis científicos, trabalho de conclusão de curso (TCC), palestras, conferências, cursos e congressos), resguardando a minha identidade e qualquer imagem que possa fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto, também, que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizada, ressonâncias magnéticas, ultra-sonografias, eletromiografias, histopatológicos (exames no microscópio da peça cirúrgica retirada - biópsia) e outros sejam utilizados e divulgados.

Fui esclarecido que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que o profissional/equipe que me atende e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição da minha imagem nas referidas publicações. Também, fui esclarecido de que a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alterações do direito a mim conferido em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

São Luís, 16 de OUTUBRO de 2022

Mayara Menezes
 Assinatura do Paciente
 CPF: 607150523-22
 RG: 044945102010-6

Darlon Maetens Lima
 Assinatura do Profissional Responsável
 CPF: 729.427.543-20
 RG: 023897582003-0

C.F., art. 5º, X – são invioláveis, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.”(constituição da República Federativa do Brasil, 1988)
C.C., art.20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a responsabilidade, ou se destinarem a fins comerciais. Parágrafo único. Em se tratando de morte ou de ausente, são parte legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes.” (Código Civil, Lei n°10.406, de Janeiro de 2002)