

## Reabilitação funcional e estética do sorriso – relato de caso

### Functional and aesthetic rehabilitation of smile – case report

Cellyanne Rocha Barcellos<sup>1</sup>  
Fernanda Pereira Silva<sup>2</sup>  
Rodrigo Paschoal Carneiro<sup>3</sup>  
Marcela Gonçalves Borges<sup>3</sup>  
Davisson Alves Pereira<sup>1</sup>  
Murilo de Sousa Menezes<sup>4</sup>

---

#### Resumo

A constante busca por tratamentos odontológicos estéticos e por um sorriso bonito e harmônico é o que a maioria das pessoas almeja, o que contribui para a realização de procedimentos restauradores que possibilitem mimetização do natural para atingir as expectativas e necessidades dos pacientes. A presença de diastemas pode resultar em problemas funcionais e estéticos. Sendo assim, o presente caso clínico relata reabilitação de um extenso diastema entre os incisivos centrais superiores, após intervenção cirúrgica para remoção do freio labial e clareamento dental. Foram realizadas restaurações diretas minimamente invasivas nos dentes anteriores, com resina composta nanoparticulada. O acabamento e polimento foram realizados de forma a evidenciar anatomia e textura de superfície dos dentes. Em conclusão, o tratamento realizado utilizou materiais com comportamento biomecânico favorável, estabelecendo função, harmonia do sorriso e resultado estético satisfatório.

**Descritores:** Resinas composta, estética dentária, diastema.

#### Abstract

The constant search for dental aesthetic treatments in order to achieve a nice and harmonic smile has contributed to the development of restorative procedures enabling mimicry of natural teeth to meet expectations and needs of patients. The presence of diastemas can result in functional and aesthetic problems. Therefore, the present clinical case reports rehabilitation of a large diastema between the maxillary central incisors, after surgery for removal of labial frenum and tooth bleaching. Minimally invasive direct restorations were performed in anterior teeth with nanofilled composite resin. Finishing and polishing were done in order to demonstrate anatomy and surface texture of the teeth. In conclusion, the treatment used materials with biomechanical behavior, setting function, harmony of the smile and satisfactory aesthetic result.

**Descriptors:** Composite resins, dental aesthetics, diastema.

---

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia – FO-UFU.

<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica Integrada – FO-UFU.

<sup>3</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica Integrada – FO-UFU.

<sup>4</sup> Dr. em Clínica Odontológica Integrada – FOP/UNICAMP, Prof. Adjunto da área de Dentística e Materiais Odontológicos – FOUFU.

E-mail do autor: cellyanee@hotmail.com

Recebido para publicação: 17/06/2015

Aprovado para publicação: 23/10/2015

*Como citar este artigo:*

Barcellos CR, Silva FP, Carneiro RP, Borges MG, Pereira DA, Menezes MS. Reabilitação funcional e estética do sorriso – relato de caso. Full Dent. Sci. 2015; 7(25):102-113.

## Introdução

A busca por um sorriso bonito e harmônico tem aumentado consideravelmente. Para alcançar o padrão estético aceitável pela sociedade, dentes brancos e alinhados são fatores essenciais<sup>10</sup>. A aparência do sorriso afeta relações de convívio social, profissional e a autoestima, tornando-se desafio para os cirurgiões-dentistas a tentativa de alcançar as expectativas de seus pacientes<sup>3,18</sup>.

Desta forma, a manutenção de diastemas únicos ou múltiplos na dentição permanente, principalmente no arco dentário superior, resulta em comprometimento estético<sup>18,22</sup>. Os diastemas entre incisivos resultam em um aspecto de normalidade na dentadura decídua, não comprometem a estética na criança e melhoram o prognóstico para o alinhamento fisiológico dos incisivos permanentes durante a dentição mista<sup>1</sup>. Esses fatores são importantes para determinar a necessidade e o período mais oportuno para a realização do fechamento dos diastemas na dentição permanente, com base no desenvolvimento da oclusão e na etiologia das más oclusões e permite distinguir o diastema fisiológico do diastema que requer intervenção reabilitadora<sup>1</sup>. A etiologia dos diastemas na dentição permanente é multifatorial, podendo estar relacionada com diversos fatores<sup>1,16,21,23</sup>. Um destes é a baixa inserção do freio labial que, além de poder dificultar a higienização, podem restringir os movimentos labiais, provocar alterações periodontais, possibilitar acúmulo de placa bacteriana, prejudicar a fonética e também gerar insatisfação estética devido à presença de diastema<sup>5</sup>. Para estes casos se faz necessário a remoção cirúrgica da inserção palatina do freio labial superior, por meio da técnica de frenectomia<sup>11</sup>.

Uma vez realizada a frenectomia, existem algumas alternativas para o fechamento destes diastemas. A mais difundida e utilizada é a intervenção ortodôntica que corrige a falta de alinhamento dos dentes, entretanto, em algumas situações mesmo após o tratamento ortodôntico há necessidade de finalização por meio de procedimentos restauradores estéticos<sup>19</sup>. Nestes casos, as opções de tratamento são variadas e podem ser desde a confecção de coroas totais a procedimentos mais conservadores como laminados cerâmicos minimamente invasivos e restaurações diretas com resina composta<sup>19</sup>.

Dentre as possibilidades de tratamento, o melhor planejamento deve ser feito a partir de uma avaliação criteriosa por meio de exame clínico e radiográfico, custo da intervenção, habilidade do odontólogo em executar o procedimento, além do compromisso do paciente com a manutenção do tratamento<sup>19</sup>.

Diante disso, a técnica restauradora direta por meio de resina composta é uma alternativa que apresenta vantagens como preservação de estrutura dentária sadia, menor tempo de trabalho, por não necessitar de etapas laboratoriais, facilidade de reparo caso seja necessário e

menor custo<sup>4</sup>. Outro ponto positivo desta técnica é que a resina composta é um material que apresenta satisfatória estabilidade de cor, facilidade de escultura, excelentes propriedades mecânicas e físicas, boa longevidade e polimento, que possibilita reabilitações com excelência estética<sup>2,7</sup>. Por outro lado, a menor resistência e estabilidade de cor das resinas compostas, quando comparadas aos materiais cerâmicos, exige maior controle e manutenção com polimentos periódicos e maior domínio e habilidade artística da técnica restauradora por parte do cirurgião-dentista<sup>3,7,10,18</sup>. Assim sendo, o emprego desta técnica é viável e possibilita resultados satisfatórios, de forma a atender a expectativa dos pacientes.

Outro fator importante e indispensável é o planejamento do procedimento restaurador, que é uma etapa fundamental para alcançar resultados funcionais e estéticos. A utilização do planejamento reverso permite ao profissional proporcionar a seu paciente previsibilidade do tratamento e satisfação no resultado final, o que gera maior confiança na relação entre paciente e profissional. O planejamento reverso é composto por três etapas: planejamento digital, *wax-up* também denominado enceramento diagnóstico e o *mock-up*, que é a simulação da restauração na boca do paciente<sup>12,15,17</sup>.

Portanto, o objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de fechamento de diastema entre os dentes anteriores superiores com utilização de resina composta nanoparticulada, sem desgaste dentário, após remoção cirúrgica do freio labial, possibilitando o reestabelecimento funcional e estético do sorriso.

## Relato de caso

Paciente B.A.S., do gênero masculino, 30 anos de idade, procurou a área de Dentística e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, com queixa de insatisfação com a estética do seu sorriso devido à presença de um grande diastema entre incisivos centrais superiores.

Ao exame clínico e radiográfico observou-se a presença de diastema entre os incisivos centrais superiores de aproximadamente 3 mm na região incisal e 4 mm na região cervical (Figura 1). Também foi constatada baixa inserção e hipertrofia do freio labial superior (Figura 2), que poderia ser a possível etiologia do diastema. O paciente apresentava bom estado geral de saúde, adequada higiene oral, boa condição periodontal e estabilidade oclusal.

O paciente foi orientado quanto à necessidade de tratamento ortodôntico prévio à reabilitação estética, devido ao tamanho do diastema e que seria o tratamento de primeira escolha para este caso. Entretanto, o mesmo optou por não realizá-lo. Assim, foi planejado a frenectomia, para correção da baixa inserção do freio labial superior, clareamento dentário e reabilitação com restaurações diretas em resina composta por meio de acréscimo nos dentes 13, 12, 11, 21, 22, 23.



**Figura 1** – Aspecto inicial do sorriso do paciente.

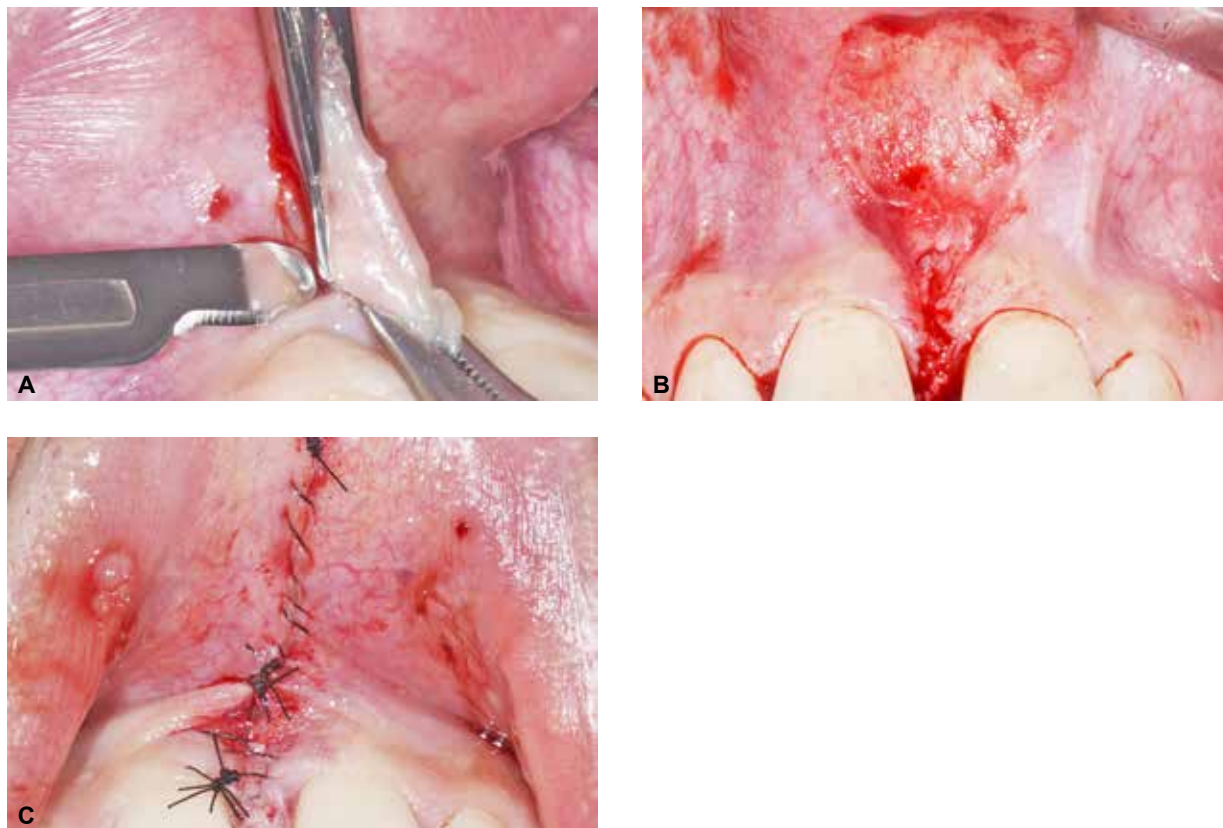


**Figura 2** – Baixa inserção do freio labial superior.

### Frenectomia

Para a realização da frenectomia foi feita a remoção completa do freio labial superior, incluindo sua

inserção no osso subjacente. A técnica utilizada foi a de Archer modificada<sup>5,11</sup>, que é uma técnica simples, rápida e consiste em: 1) preparo do campo operatório; 2) assepsia e antisepsia; 3) anestesia local, infiltrativa supraperiosteal bilateral ao freio e bloqueio do nervo nasopalatino; 4) tracionamento digital do lábio superior para cima e para frente; 5) fixação de uma pinça *Halstead* reta e outra *Halstead* curva, posicionando a primeira paralela ao lábio e a outra paralela a cortical vestibular, de forma que as pinças toquem suas pontas formando um ângulo reto na região de fundo de saco de vestibulo; 6) incisão superior deslizando sobre a superfície interna da pinça reta até a sua ponta, mantendo o pinçamento para permitir hemostasia e elevação do lábio superior (Figura 3A); 7) a pinça curva é levemente elevada e rotada no sentido contralateral, ao lado da incisão; 8) iniciando de apical para cervical, com inclinação vestibulo-palatina para a linha média, a segunda incisão é feita sobre a superfície óssea, de forma linear na sutura mediana entre as papilas gengivais, alcançando a gengiva palatina; 9) posteriormente realiza-se uma incisão de forma triangular com a base voltada para a papila palatina, essa porção de tecido é removida por meio de curetagem; 10) retira-se a pinça reta, e realiza-se compressão nos bordos da incisão superior; 11) utilizando uma tesoura reta é feita a regularização dos bordos e divulsão para uma sutura sem tensão da incisão (Figura 3B); 12) realização de sutura contínua simples, com fio de seda 4,0 mm (Figura 3C); 13) prescrição de anti-inflamatório e analgésico, em caso de dor; 14) após 7 dias é removida a sutura.



**Figura 3 (A-C) – A) Incisão do freio labial superior. B) Visão dos bordos regularizados da ferida. C) Sutura contínua simples.**

### Clareamento Dental

O clareamento dental caseiro supervisionado foi conduzido utilizando o gel clareador à base de peróxido de carbamida 16% (Whiteness Perfect 16%, FGM). Inicialmente, foi realizada a seleção de cor inicial dos dentes, utilizando escala de cores VITA, sendo definida a cor A2. Em seguida, foram confeccionadas as moldeiras individuais de silicone. As moldeiras foram testadas na boca do paciente para verificar sua adaptação e conforto. O paciente foi orientado quanto ao uso a inserir 1 gota de gel clareador dentro de cada espaço na região vestibular da moldeira equivalente a cada dente e remover o excesso de gel que extravasar da moldeira para a mucosa. A aplicação foi realizada diariamente por 4 horas durante 21 dias. O paciente também foi orientado quanto à higienização bucal e da moldeira e quanto à restrição de alimentos com corantes, pois os dentes ficam mais susceptíveis à pigmentação durante o tratamento.

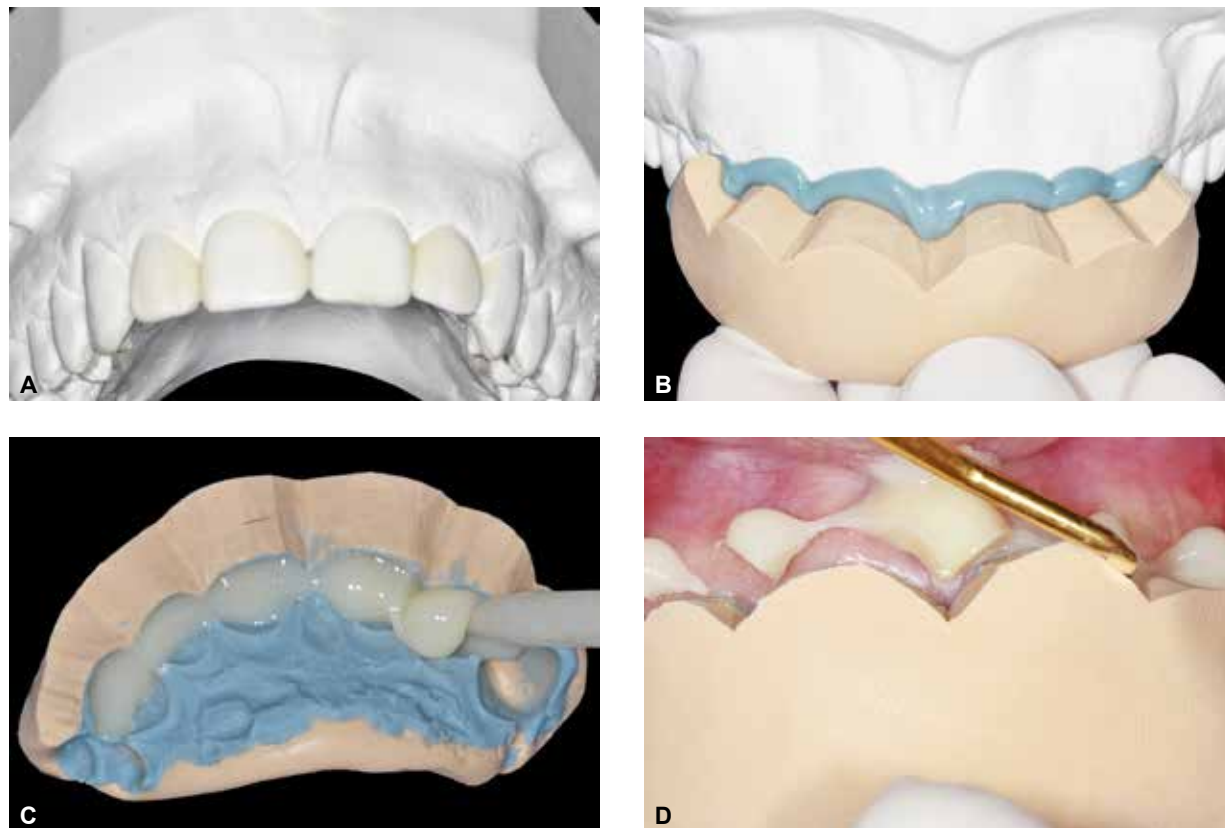
### Planejamento reverso

Realizou-se a moldagem das arcadas superior e inferior utilizando alginato (Avagel Tipo II – Dentsply) e em seguida vazados os modelos em gesso pedra tipo IV (Durone, Dentsply, EUA). No modelo superior foi fei-

to o enceramento diagnóstico, também denominado *wax-up*, pela técnica de enceramento progressivo convencional (Figura 4A).

Após a conclusão do enceramento diagnóstico foi realizado o *mock-up*. A técnica constituiu na confecção de uma matriz em silicone de adição (Hydroxtreme, Coltene, Vigodent SA Indústria e Comércio, Brasil) a partir do modelo encerado (Figura 4B). Em seguida, a resina bis-acrílica (Protemp 4 3M ESPE, St. Paul, Mn, EUA) foi inserida no interior da matriz e conjunto levado em posição na boca do paciente (Figura 4C). Os excessos foram removidos após 1 minuto e após a polimerização completa do material (Figura 4D), a matriz foi removida. Em seguida foram realizados os ajustes funcionais e estéticos, simulando o tratamento restaurador final (Figura 5).

Devido ao tamanho do diastema entre os incisivos centrais, optou-se por distribuir de forma mais homogênea os espaços interdentais utilizando elásticos ortodônticos entre os dentes 11 e 12, 12 e 13, 21 e 22, e 22 e 23 (Figura 6 A-C). Os elásticos foram inseridos vinte e quatro horas antes do procedimento restaurador. Assim foi possível reduzir o diastema entre os dentes 11 e 21 e gerar outros diastemas entre os incisivos laterais e caninos.



**Figura 4 (A-D) – A) Wax-up. B) Confeção da barreira com silicone por adição. C) Resina bis-acrílica na matriz de silicone. D) Matriz posicionada na boca do paciente.**



**Figura 5 – Mock-up – ensaio restaurador.**



**Figura 6 (A-C)** – Elásticos ortodônticos: **A)** fotografia frontal, **B)** lateral direita e **C)** lateral esquerda.

#### Procedimento restaurador

Inicialmente foi realizada a seleção de cor A1, seguida pelo isolamento relativo do campo operatório realizado com afastador labial (Arcflex, FGM) e fio retrator (00-Ultrapak, Ultradent Products Inc., Indaiatuba, São Paulo) inserido no sulco gengival e sugador de saliva. Depois foi realizado profilaxia com pasta de pedra pomes e água.

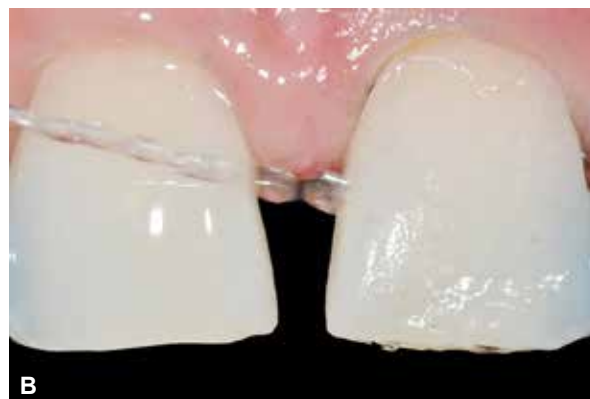
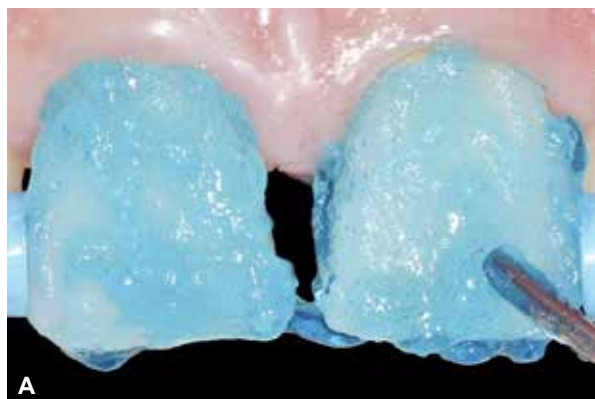
A hibridização do substrato foi realizada por meio de condicionamento com ácido fosfórico 37% (Condac 37; FGM, Joinville, PR, Brasil) por 30 segundos em esmalte (Figura 7A), lavagem com jato de ar/água pelo mesmo tempo (Figura 7B), secagem com jato de ar (Figura 7C), aplicação do sistema adesivo convencional de 2 passos (Adper Single Bond 2; 3M ESPE, St. Paul,

Mn,EUA) utilizando um *microbrush* (Figura 7D) e fotoativação com unidade LED (Radii-Cal; SDI, Victoria, Austrália) por 20 segundos em cada face do dente.

A inserção da resina composta nanoparticulada (Filtek Z350 XT; 3M ESPE, Brasil) foi realizada por meio da técnica incremental. A face palatina foi confeccionada com resina cor A1E (Filtek Z350 XT; 3M ESPE, Brasil) com o auxílio de matriz de poliéster para simular o esmalte dentário (Figura 8A). O corpo da restauração foi reconstruído com resina composta (Filtek Z350 XT; 3M ESPE, Brasil) cor A1D e A1B, mimetizando a dentina. Para finalizar as restaurações, o esmalte vestibular foi simulado utilizando novamente a resina composta cor A1E. Cada incremento foi fotoativado com unidade de LED (Radii-Cal; SDI, Victoria, Austrália), durante 20

segundos. Após finalizar as restaurações dos incisivos centrais superiores, os elásticos ortodônticos nas distais dos mesmos foram removidos e as restaurações

dos incisivos laterais superiores realizadas (Figura 8B). O mesmo procedimento foi repetido para a confecção das restaurações nos caninos.



**Figura 7 (A-D) – A)** Condicionamento com ácido fosfórico 37% por 30 segundos. **B)** Lavagem do ácido fosfórico com jato de ar/água por 30 segundos. **C)** Secagem dos dentes com jato de ar. **D)** Aplicação do sistema adesivo convencional de 2 passos.



**Figura 8 (A-B) – A)** Confecção das faces palatinas das restaurações com resina A1E, mimetizando o esmalte. **B)** Confecção do corpo das restaurações com resina A1D, mimetizando a dentina.

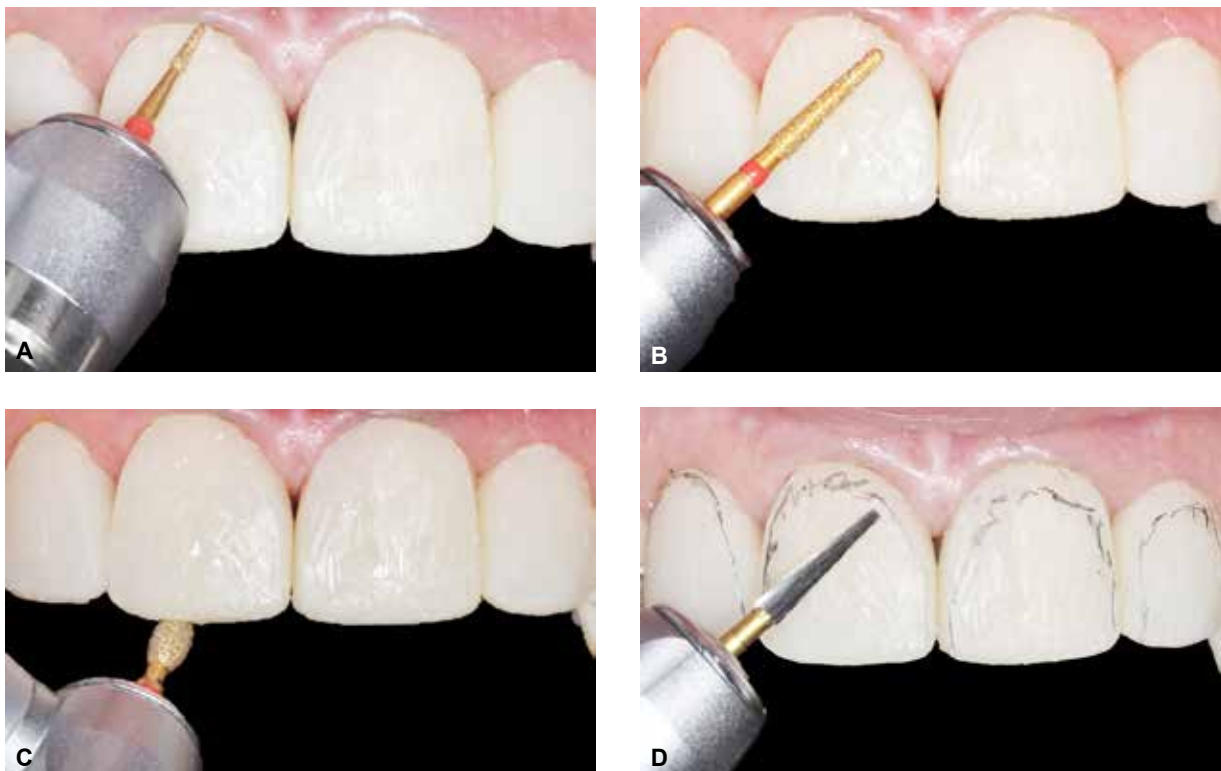
Após a restauração dos dentes envolvidos (Figura 9 A-C), os contatos oclusais foram verificados utilizando fita de carbono para marcação e ajustados com pontas diamantadas. Realizou-se também a remoção dos excessos de resina composta e refinamento utilizando pontas diamantadas de granulação fina e extrafina. Inicialmente, utilizou-se ponta diamantada tronco-cônica 2135F na face vestibular da restauração. Em seguida a ponta 3195F foi utilizada na região cervical, proximal e incisal, devido a sua extremidade fina que possibilita desgastes nas regiões de difícil acesso. A ponta 1190F foi utilizada na região intrasulcular, por apresentar extremidade fina e pequeno tamanho, reduzindo o risco de injúria ao tecido periodontal. A ponta 3118 F com formato de pera

foi utilizada na face palatina. As pontas diamantadas extrafinas foram utilizadas para o refinamento da restauração e os diferentes formatos utilizados para as mesmas regiões citadas anteriormente. Em seguida, utilizou-se pontas multilaminadas para acabamento de resina composta (FG7206 e FG9803, Kavo Burs Carbide, Fábrica KaVo do Brasil Ind. Com. Ltda., Brasil), (Figura 10 A-D), seguidas de uma sequência de três pontas de óxido de silício de granulação decrescente, ponta de silicone de alto brilho, escova de pelo de cabra e de algodão, para o polimento das restaurações (Dhpro, Paranaguá, PR, Brasil) (Figura 11 A-F). Ao final foi obtido resultado estético satisfatório que restabeleceu forma, função e devolveu a autoestima do paciente (Figura 12 A-C e Figura 13).

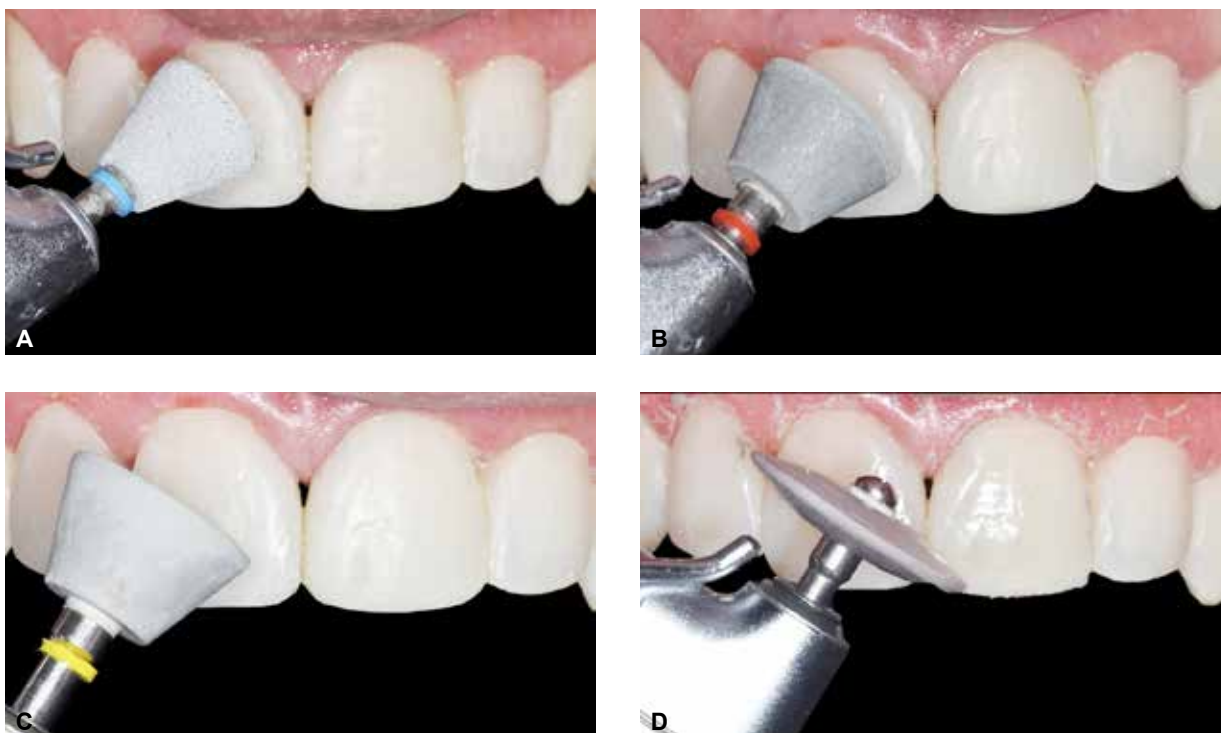


**Figura 9 (A-C) – A)** Imagem frontal, **B)** lateral direita e **C)** lateral esquerda dos dentes imediatamente após a inserção da resina composta.



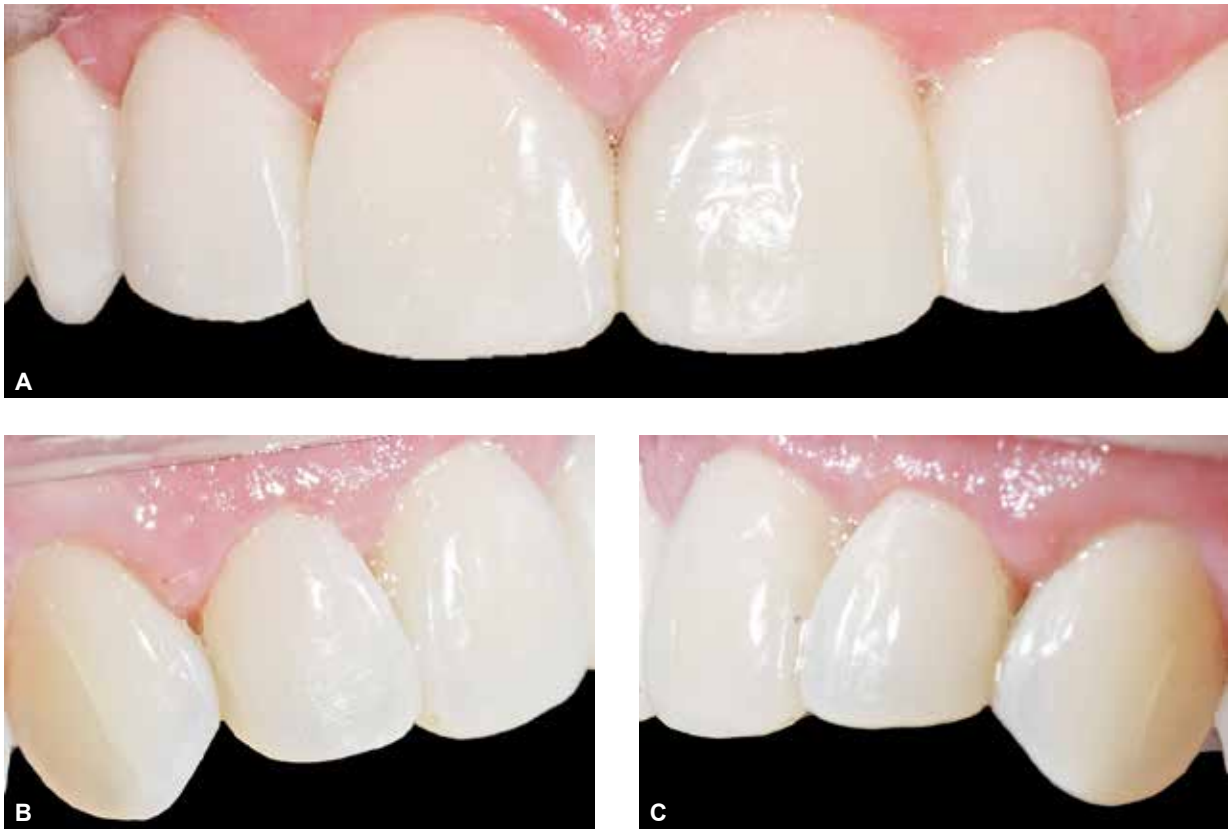


**Figura 10 (A-D) – A)** Acabamento da região cervical com broca ponta de lápis (1190), **B)** Acabamento da face vestibular com broca tronco-cônica (2135F), **C)** Acabamento da face palatina com broca em formato de pera (3118F), **D)** Acabamento da face vestibular com ponta multilaminada (FG 7206).





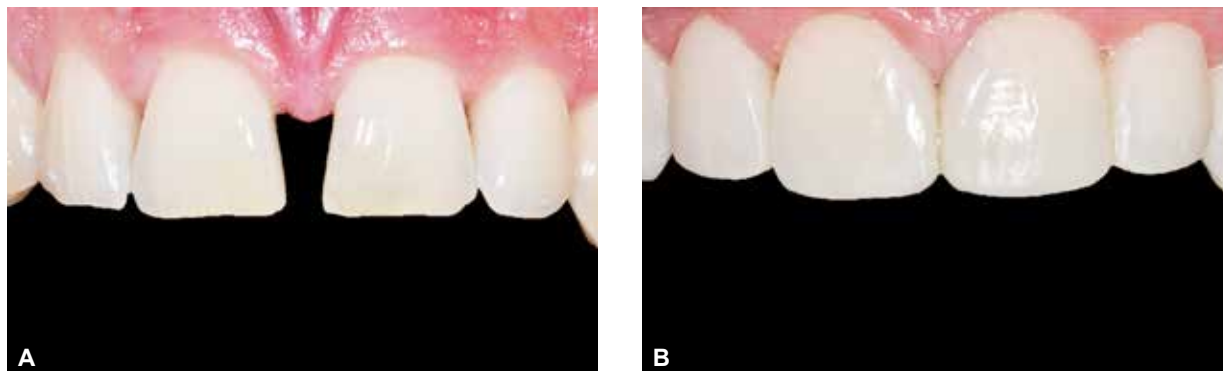
**Figura 11 (A-F) – A-C)** Polimento com ponta de óxido de silício em ordem decrescente de granulação, **D)** polimento com disco de silicone de alto brilho, **E)** polimento com disco de pelo de cabra e **F)** polimento com disco de algodão.



**Figura 12 (A-C) – A)** Imagem frontal, **B)** lateral direita e **C)** lateral esquerda do sorriso após polimento das restaurações.



**Figura 13 –** Aspecto final do sorriso.



**Figura 14 (A-B) – A)** Imagem frontal intraoral inicial e **B)** frontal intraoral final.

## Discussão

Os diastemas interdentes apresentam etiologia multifatorial e podem comprometer a oclusão e a estética<sup>1</sup>. A baixa inserção do freio labial superior é um desses fatores etiológicos e está diretamente relacionada aos diastemas interincisivos<sup>1</sup>. O diagnóstico correto e a indicação da remoção cirúrgica do freio labial depende de um exame intrabucal minucioso, no qual deve-se observar a existência de diastema, inserção baixa do freio e isquemia da papila palatina ao ser tracionado<sup>5,11</sup>. No presente caso, a frenectomia foi realizada pela técnica de Archer, pois é de simples execução, relativamente rápida e com comprovação de resultados satisfatórios<sup>5,11</sup>.

Após a remoção do fator etiológico as alternativas para correção dos diastemas são variadas, podendo ser realizado o tratamento ortodôntico com a intenção de fechar ou reduzir os espaços interdentes e também o tratamento restaurador por técnica direta ou indireta e até mesmo a combinação de ambas<sup>13</sup>. Para a seleção do tratamento mais adequado, é importante realizar o correto planejamento, considerando desde a condição financeira do paciente até suas relações maxilo-mandibulares<sup>8</sup>.

Diante das alternativas, as restaurações adesivas diretas como forma de tratamento reabilitador apresentam-se como excelente alternativa. Essa técnica possui vantagens como custo reduzido, preservação de estrutura dental sadia, demanda de menor tempo nas etapas clínicas, maior facilidade para realização de reparos, caso necessário, e boa longevidade<sup>6</sup>. Tais fatores foram discutidos e levados em consideração para a escolha do tratamento proposto neste caso clínico.

A utilização de resina composta sobre o esmalte dentário apresenta excelente resistência de união e favorável longevidade. Além disso, a evolução dos materiais resinosos possibilitou ao mercado disponibilizar resinas com excelentes características, como estabilidade de cor, resistência ao desgaste superficial, opacidade adequada, cores variadas, que proporcionam excelentes resultados funcionais e estéticos<sup>20,24</sup>. No entanto, embora seja uma técnica simples, esta exige do ope-

rador vasto conhecimento quanto às propriedades dos materiais utilizados e da técnica restauradora a ser empregada, além de habilidade para a execução do procedimento por parte do cirurgião-dentista<sup>26</sup>.

Para reabilitação deste caso foram utilizadas resinas compostas nanoparticuladas. Estas possuem partículas de reforço do tipo sílica coloidal com tamanho reduzido, que variam entre 0,1 a 100 nm<sup>24</sup>. Esta composição favorece a acomodação e a manipulação destas resinas, além de possuir propriedades mecânicas satisfatórias, com indicação para a região anterior e posterior. Além de possibilitar alto padrão estético, devido a sua excelente capacidade de polimento, caracteriza-se por melhor lisura superficial e longevidade do procedimento restaurador<sup>2</sup>. Estas resinas são a opção de escolha para reabilitações com alto padrão de exigência estética, quando comparadas aos outros tipos de resinas compostas como as híbridas e microparticuladas<sup>2</sup>.

Outro fator determinante para o sucesso da reabilitação em dentes anteriores é a cor da restauração. Com o desenvolvimento e aprimoramento das resinas compostas, atualmente estas possuem excelentes propriedades ópticas que favorecem os efeitos da mimetização da restauração com os dentes naturais. As resinas compostas possuem características que mimetizam o esmalte e a dentina, além de possuírem textura e fluorescência, que conferem maior naturalidade ao sorriso<sup>7</sup>. Sendo assim, é necessário maior conhecimento por parte do clínico sobre dinamização de luz e cor, juntamente com o conhecimento para melhor indicação das inúmeras opções de resinas disponíveis no mercado, que permitem abordagens mais criativas e artísticas, conferindo maior naturalidade, com resultado final gratificante<sup>7,25</sup>.

Apesar das resinas compostas nanoparticuladas contribuírem significativamente para melhores resultados estéticos, o correto planejamento é fundamental para o sucesso da técnica restauradora. Em se tratando da estética do sorriso, a relação entre comprimento e largura é muito importante, isto porque o desequilíbrio na proporção dos dentes anteriores, depois do fe-

chamento de diastema, não é desejado<sup>4</sup>. Para que não ocorra tal desequilíbrio é interessante realizar o planejamento reverso. Desta forma, o profissional tem previsibilidade do tamanho e forma dos dentes e principalmente a opinião e aprovação do paciente<sup>19</sup>. O *wax-up* possibilita ainda a confecção de uma matriz de silicone, a fim de guiar o operador na confecção da face palatina dos dentes, substituindo assim a matriz de poliéster utilizada neste caso<sup>19</sup>.

A finalização do procedimento também é um fator imprescindível no sucesso e longevidade das restaurações. Assim, as etapas clínicas de acabamento e polimento apresentam como propósito a reprodução de características anatômicas, diminuição da rugosidade superficial, promovendo lisura e brilho. Caso essa etapa não seja bem conduzida, a irregularidade superficial, causada por excessos de resina, pode gerar acúmulo de placa bacteriana, danos periodontais e até mesmo oclusais. Além disso, o acúmulo de placa bacteriana favorece a degradação da matriz orgânica da resina, alterando sua cor e textura. Portanto, esse fator está diretamente ligado à qualidade e longevidade das restaurações<sup>26,27</sup>.

Para maior longevidade das restaurações desta reabilitação do sorriso o paciente deve ser instruído quanto à higienização oral, possíveis mudanças na tonalidade e textura do sorriso por consequência do tempo e hábitos alimentares, conscientizando-o da necessidade de controles periódicos para manutenção das restaurações<sup>14</sup>.

## Conclusão

Para adequado planejamento em casos de fechamento de diastemas é imprescindível o diagnóstico correto, realizado de forma integral e multiprofissional. O emprego da técnica restauradora direta é excelente alternativa para reestabelecer função e estética dos dentes anteriores acometidos por diastemas, além de possuírem vantagens como o baixo custo, rapidez, possibilidade e facilidade de reparos, preservação da estrutura dentária sadia e excelentes propriedades mecânicas e físicas que conferem longevidade ao procedimento restaurador.

## Referências

- Almeida RR de, Garib GD, Almeida-Pedrin RR de, Almeida RM de, Pinzan A, Junqueira ZHM. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? *Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá. 2004; 9(3): 137-156.
- Andrade MV, Oliveira LGF, Filho PFM, Silva CHV. Tendências das resinas compostas nanoparticuladas. *Int Dent*, Recife. 2009; 8(2):153-157.
- Araújo EP de, Rocha Filho LA, Brum GT, Caldo-Teixeira AS. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta- Relato de caso clínico. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba. 2009; 1(3):33-38.
- Araújo Jr E M de, Fortkamp S, Baratieri LN. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. *J. Esthet Restor Dent*. 2009; 21:229-241.
- Bercini F, Azambuja TWF de, Moschen AZ, Franco KD, Reinhardt L, Diogo MS. Frenectomia: um caso clínico. *Revista Fac. Odontol., Porto Alegre*. 1996; 37(1):15-17.
- Bergoli CD, Skupien JA, Marchiori J da C. Fechamento de diastema utilizando técnica de enceramento e moldagem com silicona: acompanhamento de dois anos. *Int J Dent*, Recife. 2009; 8(3):167-171.
- Bispo LB. Resina composta nanoparticulada: há superioridade no seu emprego? *Revista Dentística on line*. 2010; 9(19).
- Cardoso N. Finalização de tratamento ortodôntico com fechamento de diastema pela técnica direta. *Clínica- International Journal of Brazilian Dentistry*. 2008; 4(3):262-272.
- Chimeli TBC, Pedreira APR do V, Souza CP de, Maciel M, Paula LM de, Garcia FCP. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. *Revista Dentística on line – www.ufsm.br/dentisticaonline*, ISSN 1518-4889. 2011; 10(20).
- Dalmolin CB, Skupien JA, Marchiori J da C. Fechamento de diastema utilizando técnica de enceramento e moldagem com silicona: acompanhamento de dois anos. *Int J Dent*, Recife. 2009; 8(3):167-171.
- Edela P. Frenectomia labial superior: variação de técnica cirúrgica. *Revista Fac. Odontologia, Porto Alegre*. 2001 42(1):16-20.
- Faria JP, Velasco AF. Enceramento diagnóstico: uma alternativa atual como fator de visualização tridimensional do caso clínico finalizado. *Rev Dental Press Esiét*. 2010 out-dez;7(4):38-41.
- Frese C, Schiller P, Staehle HJ, Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. *J Dent*. 2013 Nov;41(11):979-85.
- Furuse AY, Franco EJ, Mondelli J. Esthetic and functional restoration for an anterior open occlusal relationship with multiple diastemata: a multidisciplinary approach. *J Prosthet Dent*. 2008 Feb; 99(2):91-4.
- Higashi C, Gomes JC, Kina S, Andrade OS, Hidrata R. Planejamento estético em dentes anteriores. *Odontologia Estética: Planejamento e técnicas*, Cap 7, p. Artes Médicas, 2006.
- Jason GRP, Silva CCA da, Henriques JFC, Freitas MR de, Martins DR. Fechamento Ortodôntico do diastema entre incisivos centrais superiores durante a dentadura mista: relato de um caso clínico. *Revista dental press de ortodontia e ortopedia facial*, Maringá. 1998; 3(4):72-78.
- Meirelles L, Bavia PF, Vilanova LSR. Aplicações clínicas do enceramento diagnóstico na reabilitação oral – uma revisão de literatura. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*. 2013; 23(1):20-25.
- Menezes Filho PF, Barros CHO, Noronha JAA de, Melo Jr. PC, Cardoso RM. Avaliação crítica do sorriso. *International journal of dentistry*, Recife. 2006; 1(1):14-19.
- Menezes M de S, Reis GR dos, Borges MG, Raposo LHA. Transformação do sorriso por meio de fechamento de diastema utilizando resina composta nanoparticulada - relato de caso. *Full Dent. Sci*. 2013; 5(17):163-170.
- Mitra SB, WU D, Holmes B. An application of nanotechnology in advanced dental materials. *J Am Dent Assoc*, Washington. 2003; 134(10):1382-1390.
- Mondelli J, Pereira MA, Mondelli RFL. Etiologia e tratamento dos diastemas dentários. *Biodonto*, Bauru. 2003; 1(3):11-111.
- Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dent Clin North Am*. 2011 Apr; 55(2):265-81.
- Raveli DB et al. Diastema interincisal. Fatores etiológicos: relato de casos clínicos. *J Bras Ortodon Ortop Facial*, Curitiba. 1998; 3(18):36-42.
- Silva FP, Reis GR, Vilela ALR, Menezes MS. Reabilitação estética de dente fraturado – relato de caso. *Full Dent. Sci*. 2015; 6(22): 249-255.
- Villarroel M, Fahl Jr N, Sousa AM de, Oliveira Jr OB de. Direct Esthetic Restorations Based on Translucency and Opacity of Composite Resins. *Journal compilation*. 2011; 23(2).
- Wanderley e Lima RBW, Leite JT, França RM, Brito MCT de, Uchôa RC, Andrade AKM. de. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*. 2013; 17(4):363-370.
- Weiss EI, Domb AJ, Matalon S, Bahir R, Beyth N. Streptococcus mutans biofilm changes surfacetopography of resin composites. *Dent Mat*. 2008; 24(6):732.