

FECHAMENTO DE DIASTEMA COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

*Vanessa Schwarz¹, Leticia Suane Simon¹; Simone Alberton da Silva²;
Paula Cristine Ghiggi²; Graziela Oro Cericato³*

¹Aluna de Graduação da Escola de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, RS, Brasil.

²Doutora em Dentística restauradora pela PUCRS; Professora de Dentística Restauradora da Escola de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, RS, Brasil.

³Professora de Odontologia Legal, da Escola de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, RS, Brasil.

RESUMO

A presença de diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores é considerado um fator anti-estético altamente prejudicial do ponto de vista social. Os diastemas podem ser decorrentes da presença de inserção baixa do freio labial, presença de mesiodens, fatores genéticos ou mesmo estar ligado a doenças periodontais associadas ao tabagismo ou não. Contudo, podem comprometer a estética do sorriso substancialmente em função de sua extensão. Este trabalho descreve, através de um relato de caso clínico, a técnica de fechamento de diastema entre incisivos centrais e laterais superiores por meio de resinas compostas, realizado na faculdade de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED). Concluiu-se que o uso de sistemas adesivos e resinas compostas, através de mínimas intervenções, podem proporcionar um melhor contorno aos dentes, resultando em um sorriso com aspecto mais estético e agradável.

Palavras-chave: Diastemas, Resinas compostas, Odontologia estética.

INTRODUÇÃO

Embora o conceito de estética seja considerado altamente subjetivo, pois se encontra relacionado a fatores sociais, culturais e psicológicos, os dentes anteriores são considerados essenciais na estética do sorriso. Nesse contexto, a presença de diastemas - espaço maior que 0,5 mm entre dois ou mais dentes consecutivos - pode prejudicar consideravelmente a estética do sorriso (1-2-3).

Devido a valorização da estética pela sociedade é grande o número de pessoas que buscam uma melhora na sua autoimagem e uma maior aceitação social por meio de um tratamento odontológico que possibilite a resolução de problemas para seus dentes com alterações de cor, forma e/ou tamanho (1, 2).

O tratamento para correções de tamanho e forma dos dentes anteriores visando o fechamento de diastemas pode ser realizado de forma min-

imamente invasiva preservando a estrutura dental por meio da técnica direta utilizando sistemas adesivos e resinas compostas (1, 2).

O conhecimento clínico das indicações e limitações das resinas compostas e propriedades, bem como o uso delas já pode garantir bons resultados em inúmeros procedimentos, desde pequenas restaurações até remodelamentos dentais mais extensos com resinas compostas (1-2-4-5).

A indicação para a realização de restaurações diretas em resina composta para os dentes anteriores tem crescido em importância para o cirurgião-dentista. Esse aumento é resultado dos recentes avanços nas formulações das resinas compostas e sistemas adesivos que tornam a execução de restaurações em dentes anteriores e posteriores adequada sob o ponto de vista estético, biológico e funcional (6-7-8).

O custo mais elevado das restaurações em porcelana, a rapidez do tratamento, e a falta de

disponibilidade de bons técnicos, em vários centros, tornam as restaurações diretas preferidas pela maioria dos profissionais e pacientes, embora não possam ser consideradas suas substitutas (9).

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de fechamento de diastema de dentes anteriores com o uso de resinas compostas.

RELATO DE CASO

Paciente J.R., sexo feminino, compareceu na escola de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED) relatando seu descontentamento em relação aos espaços apresentados entre os dentes superiores anteriores decorrente da presença de diastemas, que comprometiam a estética do paciente. No exame clínico inicial, constatou-se a presença de diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores, agravados por doença periodontal causada pelo tabagismo (Figura 01). Após raspagem supra e subgingival foi realizada uma moldagem e confeccionados modelos de estudo para a realização de enceramento diagnóstico. Após enceramento diagnóstico, confeccionou-se um guia com silicone de condensação laboratorial (Zetalabor, Zhermack) (Figura 02) para inserção da resina bisacrílica (Structure, Voco) a fim de realizar o *mock-up* para que a paciente obtivesse uma dimensão dos resultados do tratamento (Figura 03 e Figura 04).

Com auxílio de uma lâmina de bisturi, o molde foi recortado no sentido mesio-distal através da linha incisal (Figura 05). Este guia foi testado e colocado em posição na boca do paciente durante a sessão do procedimento restaurador servindo como matriz para a confecção da porção palatina da restauração (Figura 06).

Após análise do *mock-up* e aprovação pela paciente foi proposta a realização de facetas diretas em resina composta nos incisivos centrais, incisivos laterais e caninos. Na mesma sessão clínica foi selecionada a cor inicial dos dentes com auxílio de escala de cor, sob luz natural e realizou-se isolamento absoluto do campo operatório (Figura 07). A resina usada foi da 3M na cor A3 para dentina e A2 para o esmalte, após a seleção realizou-se a profilaxia dos dentes, os mesmos foram asperizados com o auxílio de uma ponta diamantada de acabamento (3216/KG Sorensen). Em seguida foi realizado o condicionamento ácido total no esmalte durante 30 segundos com

ácido fosfórico a 35%, lavado pelo mesmo tempo, e o sistema adesivo de único passo foi aplicado em duas camadas consecutivas fotopolimerizadas por 20 segundos (Figura 08 e Figura 09). Com uma espátula de resina e do guia de silicone, iniciou-se a restauração através da inserção da resina correspondente ao esmalte palatino, foi então, levado o guia de silicone com a resina de escolha à boca da paciente (Figura 10).

A resina composta foi inserida, cuidadosamente, de modo que não extravasasse lateralmente. Com a guia posicionada, a resina referente ao esmalte palatino foi fotopolimerizada e o guia foi removido. Após a remoção do guia de silicone, foi verificado se a camada de resina presente estava sem falhas e iniciou-se a inserção de resina composta referente à dentina.

Após realização das restaurações nos incisivos centrais, laterais e caninos foi removido o isolamento absoluto, realizado ajuste da oclusão e das guias, fez-se o acabamento das restaurações com pontas diamantadas F e FF (KG Sorensen) e nas proximais foi utilizado lixas diamantadas para acabamento. O polimento das restaurações foi obtido com a sequência de discos abrasivos Sof-Lex Pop-On (3M ESPE) e pontas de borracha em abrasividade decrescente associadas à pasta diamantada obtendo adequada forma e textura das restaurações (Figuras 11). Observou-se o aspecto final e a satisfação relatada da paciente com o resultado final (Figura 12).

DISCUSSÃO

A Odontologia vem passando por transformações, estas devem atender aos conceitos de estética, impostos tanto por pacientes quanto por cirurgiões-dentistas. Novos materiais e técnicas restauradoras são constantemente desenvolvidos de acordo com valores e exigências da sociedade moderna. Aliado a isso, o desenvolvimento tecnológico e científico, na área restauradora, promoveu o surgimento de sistemas adesivos e resinas compostas com maior capacidade de união e menor necessidade de se realizar preparos ou desgastar a superfície dental (1,2).

Os diastemas podem ser causados por fatores como discrepâncias no tamanho dental, ausência de dentes, trespasse horizontal excessivo, giroversões, angulações inadequadas entre dentes contíguos, presença de freio lingual com

inserção baixa, presença de dentes supranumerários ou problemas periodontais (10-11-12).

Os diastemas podem ser tratados com ortodontia, alinhando os dentes entre os arcos, e retoques estéticos podem ser realizados com resinas compostas. Porém, quando os caninos encontram-se alinhados em classe I e o problema é devido à desproporção entre dentes, pode-se optar somente pelo fechamento do diastema com resinas compostas associadas à técnica adesiva. Além disso, o fechamento pela técnica direta com resina composta apresenta a grande vantagem de ser rápido e reversível, caso não se tenha alcançado o resultado estético desejado (1,2).

A obtenção do sucesso funcional e estético das facetas em resina composta depende principalmente do cirurgião-dentista que deve compreender os princípios básicos dos sistemas adesivos e das resinas compostas atuais, além de ter uma visão multidisciplinar, que lhe possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente, a dentística estética requer observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos existentes. É muito importante avaliar os contatos oclusais existentes em máxima intercuspidação habitual e nos movimentos excursivos, tanto os de lateralidade quanto o de protrusão (3).

O uso da guia de silicone, moldada a partir do enceramento diagnóstico realizado em modelo de gesso, é um método útil para se determinar a dimensão das restaurações adesivas a serem realizadas, assim como a exata posição da superfície lingual e incisal dos dentes anteriores. A partir da guia de silicone, o dente é reconstruído através da inserção de resina composta no espaço designado no enceramento, permitindo que a reconstrução dos dentes seja além, de mais eficiente, mais rápida (8,13).

O *mock-up* é um ensaio de diagnóstico do procedimento que consiste na obtenção e enceramento de modelos de estudo, permitindo ao cirurgião-dentista e ao paciente a visualização tridimensional dos dentes e tecidos adjacentes, em conjunto e com os seus antagonistas (14). Este é transferido para a boca, através de um guia obtido com a moldagem do modelo com silicone denso. Esta moldagem é recortada e levada à cavidade bucal onde proporcionará a reconstrução do enceramento sobre os dentes com resina composta sem a utilização do sistema adesivo (14,15).

É indispensável o ajuste oclusal após o término das restaurações, sem a necessidade de remover o dente de oclusão, porém removendo-se

pontos de contato prematuros. Portanto, o clínico pode realizar transformações estéticas com resinas compostas com previsibilidade de sucesso, visto que casos de restaurações adesivas em dentes anteriores com sucesso são relatados após acompanhamento clínico de oito anos, mesmo quando a fratura envolve esmalte e dentina (4).

CONCLUSÃO

A realização de facetas utilizando-se materiais adesivos tem se mostrado eficaz no restabelecimento dos aspectos funcionais e estéticos do sorriso. O uso de guia de silicone possui papel importante estabelecendo uma previsão quanto ao tamanho e formato dos dentes, alternativa que facilita e acelera a confecção de facetas diretas e fechamento de diastemas com resina composta, bem como quando comparada com outras técnicas como tratamento ortodôntico, *inlays*, *onlays* e facetas de porcelana, a resina direta se destaca por reduzido tempo de trabalho e baixo custo, apresentando resultado imediato.

REFERÊNCIAS

1. Simões MP; et al. Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. *R Dental Press Estét.* 2009; 6(1): 90-101.
2. Vellasco K; Campos I; Zouain-ferreira TRF; Basting RT. Dentística minimamente invasiva: plástica dental. *Arq Odontol.* 2006; 42(2): 104-112.
3. Keene HJ. Distribution of diastemas in the dentition of a man. *Am J Phys Antropol.* 1963; 21(4): 437-441.
4. Da la Pena VA; Cabrita OB; Direct composite coronal reconstruction of two fractured incisors: an 8-year follow-up. *Dent Traumatol.* 2005; 21(5): 301-305.
5. Hirata R; Ampessam RL; Liu J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas – Uma Sequência de Escolha e Aplicação de Resinas. *JBC.* 2001; 25(5): 15-25.
6. Blitz N. Direct bonding in diastema closure - drama, immediate resolution. *Oral Health.* 1996; 86(7): 23-26.
7. Fahl N. Achieving ultimate anterior esthetics with a new microhybrid composite. *Compendium.* 2000; 21: 4-13.

8. Baratieri LN. Restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. *Ed. Santos*. São Paulo. 2002: 131p.
9. Lacy AM. Application of composite resin for single- appointment anterior and posterior diastema closure. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1998; 10(3): 279-286.
10. Oesterle LJ; Shellhart WC. Maxillary midline diastemas: a look at the causes. *J Am Dent Assoc*. 1999; 130(1): 85-94.
11. Foster TD; Grundy MC. Occlusal changes from primary to permanent dentitions. *Br J Orthod*. 1986; 13(4): 187-93.
12. Ciuffolo F; et al. Prevalence and distribution by gender of occlusal characteristics in a sample of Italian secondary school students: a cross-sectional study. *Eur J Orthod*. 2005; 27(6): 601-606.
13. Behle C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone buildup guide and intraoral mock-up. *Pract Periodont Aesthet Dent*.1995; 7(7): 15-25.
14. Pena CE; et al. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. *Eur J Esthet Dent*. 2009; 4: 210-224.
15. Morais A; et al. Utilização de cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2010; 64: 104-111.

LEGENDAS DAS FIGURAS



Figura 01: Exame clínico inicial – presença de diastemas.

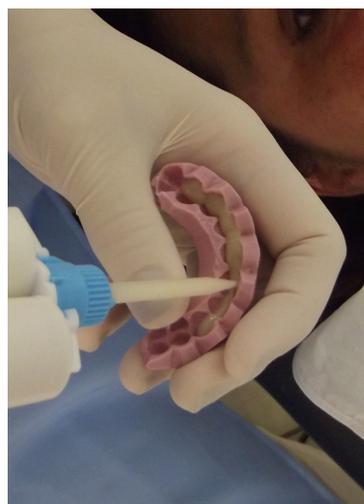


Figura 03: Resina bisacrílica aplicada no guia.



Figura 02: Confecção do guia com material pesado de silicone de condensação.



Figura 04: *Mock-up*, para que a paciente obtivesse uma dimensão dos resultados do tratamento.



Figura 05: Recorte do molde com lâmina de bisturi



Figura 06: Posicionamento do guia que serviu como matriz para porção palatina.



Figura 09: Aplicação de sistema adesivo de único passo



Figura 10: Aplicação da resina referente ao esmalte palatino na guia de orientação.



Figura 07: Isolamento absoluto do campo a ser restaurado.



Figura 11: Polimento com discos abrasivos de Sof-Lex Pop-On.



Figura 08: Condicionamento ácido.

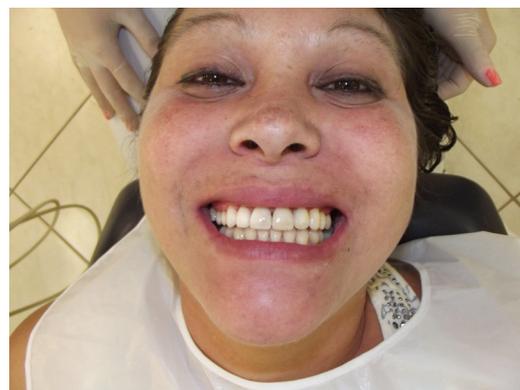


Figura 12: Resultado final e satisfação relatada pela paciente

Diastema Closure With Composite Resin: a Case Report

ABSTRACT

The presence of diastema in the region of central and lateral incisors higher is considered a factor unsightly and highly damaging social point of view. The spacing may be due to the presence of insertion of labial frenulum, presence of mesiodens, genetic factors or even be linked to periodontal diseases associated with smoking or not. However, can compromise the aesthetics of the smile substantially due to its length. This paper describes, through a case report, the technique of closing diastema between the central incisors and upper lateral through composites, held at the college undergraduate dental school IMED. It was concluded that the use of adhesives and composites systems through minimal intervention may provide a better contour to the teeth resulting in a woman with a more aesthetic and pleasant.

Keywords: Diastema, Composite Resins, Esthetic dentistry.

Autor correspondente:

Vanessa Schwarz

E-mail: <vanessaschwarz@bol.com.br>.

Endereço : José Bonifácio 230, apto 302, Vila Rodrigues, Passo Fundo.

Telefone : (54) 9965 0435.