

FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO***DIASTEMA CLOSURE: CASER REPORT***Ferraresi PM^{*}, Rodrigues JA^{**}, Marchi GM^{***}

RESUMO: A presença de diastemas interincisivos centrais pode ser decorrente da presença de inserção do freio labial, presença de mesiondens ou mesmo estar ligado a fatores genéticos. Contudo podem comprometer a estética do sorriso substancialmente em função de sua extensão. Este trabalho descreve a técnica de fechamento de diastema entre dois incisivos centrais superiores que apresentam restaurações deficientes por meio de resinas compostas. Pode-se observar que o uso de sistemas adesivos e resinas compostas através de mínimas intervenções podem proporcionar um melhor contorno aos dentes resultando em sorriso com um aspecto mais estético.

PALAVRAS-CHAVES: Odontologia estética. Resina composta. Diastemas.

ABSTRACT: *The presence of midline diastemas can be caused by the presence of prominent labial fraenum insertion, mesiondens or by genetic factors. However, they can substantially compromise the esthetic of the smile in function of its extension. This work describes the clinical technique to the closure of a diastema between upper central incisors, which present deficient restorations, with composite resins. It can be observed that the use of adhesive systems and composite resins through minimal interventions can provide a better contour to the teeth resulting in a more aesthetic smile.*

KEYWORDS: *Esthetic dentistry. Composite resin. Diastema.*

* Priscila Miuci Ferraresi- Cirurgiã Dentista, aluna de Mestrado em Odontologia FOU SP – e-mail: primiucci@yahoo.com

** José Augusto Rodrigues- Programa de Pós-graduação em Odontologia – UnG. e-mail: jrodrigues@prof.ung.br

*** Giselle Maria Marchi- Professora Associada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP. E-mail: gimarchi@fop.unicamp.br

INTRODUÇÃO

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

Devido a valorização da estética pelos pacientes 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 minimamente invasiva preservando a estrutura dental por meio da técnica direta utilizando sistemas adesivos e resinas compostas^{1,2}.

Entretanto, devido ao desenvolvimento tecnológico e científico existe uma grande variedade de resinas compostas que proporcionam diversas opções de escolha entre diferentes “cores” e “valores” e outras propriedades estéticas que podem confundir e até mesmo inibir o profissional de realizar restaurações diretas estéticas pelo receio de não obter um resultado favorável ou duradouro^{1,2}.

Porém, o conhecimento clínico das indicações e limitações das resinas compostas e propriedades como opacidade já podem garantir bons resultados em inúmeros procedimentos, desde pequenas restaurações até remodelamentos dentais com resinas compostas^{1,2,4,5}.

Este trabalho tem como objetivo relatar a técnica de fechamento de diastema por meio de mínima intervenção com resinas compostas

Relato de caso

Observa-se o sorriso de uma paciente jovem na figura 1 que compareceu à clínica integrada de Graduação da Faculdade do Odontologia de Piracicaba (UNICAMP) e apresentava um diastema de linha média.



Figura 1- Sorriso da paciente observado no início da consulta.

No exame clínico verificou-se a presença de restaurações classe III de Black com indicação para substituição, visto que a restauração no dente 11 apresentava severa alteração de cor e a no dente 21 possuía margens degradadas (Figura 2). Ambos os incisivos centrais possuíam forma arredondada e estavam distalizados. Após questionamento sobre a estética de seu sorriso, constrangida a paciente relatou que não se importava com a presença do diastema, mas evitava de sorrir para que outras pessoas não percebessem o espaço entre seus dentes e que gostaria de trocar a restauração com problema de cor.



Figura 2- Presença de diastema de linha média e restaurações deficientes.

Entretanto, foi proposto à paciente além da substituição das restaurações deficientes o fechamento do diastema utilizando-se resina composta, pois é um procedimento rápido e minimamente invasivo. Inicialmente, foi realizada a seleção de cor e procedeu-se o isolamento do campo operatório (Figura 3).



Figura 3- Isolamento do campo operatório com dique de borracha.

Procedeu-se a remoção das restaurações deficientes com ponta diamantada em alta rotação e confecção de um bisel de aproximadamente 1mm para promover uma sobreposição da resina composta sobre o esmalte e garantir um bom mascaramento da linha de união (Figura 4).



Figura 4- Remoção das restaurações deficientes e confecção de bisel.

Procedeu-se a aplicação de ácido fosfórico 37% que foi estendida para limites fora da preparada para assegurar que toda a resina composta pudesse ser inserida somente sobre sistema adesivo e evitar manchamentos marginais por falta de adesão à uma área de esmalte não condicionada.

O ácido fosfórico permaneceu em ação por 15 segundos para promover a exposição dos prismas de esmalte e garantir a formação da camada híbrida. Este foi lavado por 15 segundos e realizou-se a aplicação do adesivo monocomponente (Single Bond 3M ESPE, St. Paul, MN, USA) e fotoativação por 20 segundos.

Após a aplicação do sistema adesivo iniciou-se a inserção da resina composta por meio de uma técnica estratificada considerando-se as regiões de dentina e esmalte dos incisivos e a opacidade das resinas. Devido à área tratada necessitar de uma maior resistência ao desgaste, optou-se por selecionar uma resina microhíbrida (Charisma Heraeus Kulzer, Hanau, Germany), pois apresenta propriedades de resistência ao desgaste mais ade-

quadas, sendo esta com característica opaca para reproduzir a pequena região de dentina no interior da cavidade (dentina opaca) e o esmalte palatino (esmalte opaco). Já para a resina da borda correspondente ao esmalte dental foi selecionada a mesma resina mas com característica translúcida (esmalte translúcido) e para a região vestibular foi selecionada uma resina de micropartículas translúcida (Durafill Heraeus Kulzer, Hanau, Germany) para obter um melhor polimento. Assim, pode-se mascarar a área translúcida do dente natural na qual existe somente o esmalte dental e evitar uma sombra escura no limite entre o dente e a resina e obter propriedades adequadas. Observa-se na figura 5 a inserção da resina opaca sendo que no dente 21 foi realizada a inserção da resina opaca de dentina e no dente 11 foi realizada e inserção da resina de dentina opaca e esmalte opaco.



Figura 5- Reprodução da face palatina com resina composta opaca.

Para reproduzir o contato proximal instalou-se cunha de madeira e tiras de poliéster e com a resina composta de esmalte translúcida foram dados os efeitos de transparência nas regiões proximais. Nesta etapa é indicado o uso de um compasso de ponta seca para verificar se a resina composta já inserida está proporcional entre os dentes.



Figura 6- Reprodução da face vestibular com a resina composta de micropartículas translúcida.

Após a definição do novo contorno dental foi inserida uma fina camada da resina de micropartículas com característica de esmalte translúcido e com espátulas e pincéis foi definida a escultura. Após cada incremento de resina foi realizada a fotoativação (Figura 6).

Foi realizado o acabamento das faces proximais com tiras de lixa e discos de granulação decrescente. Nas faces vestibular e palatina o acabamento foi realizado com discos de lixa de granulação decrescente, seguido de pastas abrasivas com feltros. A paciente ficou satisfeita com o resultado e aprovou o fechamento do diastema (Figura 7).

O polimento final foi realizado na sessão seguinte utilizando-se discos de feltro e pastas diamantadas para polimento na qual observou-se uma remodelação da papila interproximal devido a redução de impacção alimentar (Figura 8).



Figura 7- Resultado imediato após o fechamento de diastema.



Figura 8- Polimento final uma semana após a realização do fechamento de diastema.

DISCUSSÃO

Os diastemas podem ser encontrados em crianças e fazem parte do processo de desenvolvimento dos arcos dentais e substituição dos dentes decíduos pelos permanentes^{6,7,8}. A prevalência é de aproximadamente 98% aos 6 anos de idade, 49% aos 11 e 7% entre os 12 e 18 anos^{6,7,8}.

Em adultos podem ser causados por outros fatores como discrepâncias no tamanho dental, ausência de dentes, trespasses horizontal excessivo, giroversões, angulações inadequadas entre dentes contíguos, presença de freio lingual com inserção baixa e de dentes supranumerários^{6,7,8}.

Os diastemas podem afetar a fala dificultando a pronúncia de alguns fonemas como no caso de palavras com “S” e comprometer a estética⁹. Um estudo avaliou a autopercepção de 267 estudantes de 16 a 25 anos sem tratamento ortodôntico e demonstrou que diastemas na região anterosuperior são um dos problemas mais perceptíveis, seguidos por irregularidades e apinhamento de dentes anterosuperiores, de dentes anteroinferiores e da ausência de dentes anteriores, demonstrando que a presença de diastemas e de dentes traumatizados são facilmente identificados e podem prejudicar a harmonia do sorriso¹⁰.

Os diastemas podem ser tratados com ortodontia, visando o alinhamento dos 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 a desproporção entre dentes pode-se optar somente pelo fechamento do diastema com resinas compostas associadas à técnica adesiva visto que com ortodontia seria indicada a extração de um incisivo central inferior e remanescente seria posicionado no centro da linha média². 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}.

Assim, caso a paciente não ficasse satisfeita a resina composta poderia ser removida com pontas diamantadas e com um rápido polimento pode-se restabelecer a condição inicial com as cavidades classe III restauradas na cor adequada. Deste modo, mesmo com a reversibilidade do tratamento, este pode se tornar totalmente previsível. Se houver uma dúvida do paciente ou mesmo do cirurgião-dentista, pode-se realizar um “Mock-up”.

O “Mock-up” é um ensaio de diagnóstico do procedimento que será realizado e consiste na obtenção e enceramento de modelos de estudo, que permitirão ao cirurgião-dentista e ao paciente a visualização tridimensional dos dentes e tecidos adjacentes, em conjunto e com os seus antagonistas¹¹. Ainda como parte do “Mock-up”, pode-se transferir o enceramento realizado no modelo 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^{11,12}.

Mesmo realizando-se a técnica adesiva, é indispensável o ajuste oclusal, 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 8 anos, mesmo quando a fratura envolve esmalte e dentina⁴.

Assim, pode-se assegurar o sucesso na revitalização de sorrisos empregando-se resinas compostas diretas utilizando-se uma técnica minimamente invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Vellasco K, Campos I, Zouain-Ferreira TRF, Basting RT. Dentística minimamente invasiva: plástica dental. *Arq Odontol.* 2006;42(2):104-112.
2. Simões MP, Albino LGB, Reis AF, Rodrigues JA. Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. *R Dental Press Estét.* 2009;6(1):90-101.
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 Oct;21(5):301-5.
5. Hirata R, Ampessam RL, Liu J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. *JBC* 2001;5(25):15-25.
6. Oesterle LJ, Shellhart WC. Maxillary midline diastemas: a look at the causes. *J Am Dent Assoc.* 1999;130(1):85-94.
7. Foster TD, Grundy MC. Occlusal changes from primary to permanent dentitions. *Br J Orthod.* 1986;13(4):187-93.
8. Ciuffolo F, Manzoli L, D'Attilio M, 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):601-6.
9. Koora K, Muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007 Mar;25(1):23-6.
10. Bernabé E, Flores-Mir C. Influence of anterior occlusal characteristics on self-perceived dental appearance in young adults. *Angle Orthod.* 2007 Sep;77(5):831-6.
11. Pena CE, Viotti RG, Dias WR, Santucci E, Rodrigues JA, Reis AF. Esthetic rehabilitation of anterior conoid teeth: comprehensive approach for improved and predictable results. *Eur J Esthet Dent.* 2009;4(3):210-24.
12. Morais A, Esteves CM, Duarte PM, Dias RF, Rodrigues JA, Reis AF. Utilização de cirurgia plástica periodontal para otimização de resultados estéticos na região anterior. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2010;64:104-111.