

# Fechamento de diastema através do uso de resinas compostas – Relato de caso

---

## Diastema closing with composite resine - Clinical report

**Antonio Marcelo Accetta Latempa**

Mestre em Dentística – UFF, Especialista em Dentística – UERJ.

**Angêla Accetta Latempa**

Especialista em Ortodontia – ABO Petrópolis.

**Renata Figueiredo Accetta Benth**

Mestre em Clínica Odontológica – UFF, Especialista em Endodontia – UFF.

Endereço para correspondência:

Rua Mariz e Barros 51/1201

CEP. 24 .220-121

Tel: (21) 27103691

Email: danielleaccetta@gmail.com

**Danielle Figueiredo Accetta**

Mestre em Clínica Odontológica – UFF, Especialista em Prótese Dentária –OCEX.

Enviado em 03/02/2012

Aceite em 03/05/2012

---

## RESUMO

Uma melhor aparência estética vem sendo cada vez mais almejada pelos pacientes, estando, inclusive, relacionada à autoestima, melhores oportunidades sociais e até mesmo profissionais. O diastema entre os incisivos centrais superiores é visto pelos pacientes como uma das maloclusões mais preocupantes e desagradáveis. Este trabalho teve por objetivo descrever a técnica do fechamento de diastemas com uso de resinas compostas fotoativadas, através do relato de um caso clínico realizado na clínica de especialização em Dentística Restauradora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Concluiu-se que essa técnica é uma ótima alternativa estética em muitas situações por ser conservadora, eficaz, de baixo custo e de relativa facilidade de execução.

**Palavras-chave:** Diastema, Resina composta

## ABSTRACT

Better cosmetic appearance has been increasingly sought by patients, and even related to self-esteem, better social opportunities, and professionals. The diastema between the maxillary central incisors is seen by patients as a malocclusion of the most troublesome and unpleasant. This study aimed to describe the diastema closing technique using composite resin light cured through the report one clinical case ever conducted in clinic specializing in Restorative Dentistry at the State University of Rio de Janeiro - UERJ. It was concluded that this technique is a great alternative aesthetic in many situations to be conservative, efficient, low cost and easy implementation.

**Keywords:** Diastema, Composite resin

---

## INTRODUÇÃO

---

Embora se saiba que o papel fundamental do cirurgião-dentista seja promover saúde bucal para os pacientes, restituindo a função mastigatória, considera-se, nos dias atuais, um sorriso esteticamente agradável como um referencial de saúde e sucesso. Ter boa aparência deixou de ser apenas uma mera vaidade, passando a ser uma exigência, estando, inclusive, relacionada à melhor autoestima, melhores oportunidades sociais e até mesmo profissionais.

Na composição estética dento-facial de um indivíduo, a boca é parte fundamental e os dentes ântero-superiores os mais importantes. Por esse motivo, são extremamente valorizados pelos pacientes, que desejam clarear ou dar nova configuração de forma, tamanho e / ou posição a esses dentes. Na busca por um sorriso saudável e atrativo, anomalias dento-faciais visíveis, como o diastema, podem ser prejudiciais à atratividade facial, podendo influir também nas relações sociais.

O diastema entre os incisivos centrais superiores é visto pelos pacientes como uma das maloclusões mais preocupantes e desagradáveis, por estar localizado em uma área bem visível, embora reduza pouco a eficiência mastigatória. De etiologia multifatorial, o seu tratamento deve ser planejado em conjunto com as aspirações do paciente. Em princípio, a ortodontia deve ser sempre considerada. No entanto, caso não seja possível a realização desse tipo de tratamento, ou o paciente não queira se submeter a um tratamento ortodôntico extenso, ou ainda, como finalização de um caso realizado pela ortodontia, o profissional pode optar pelas restaurações em resina composta a fim de aumentar o contorno dos dentes envolvidos.

A reformulação de dentes naturais pode ser conseguida precisamente através de restaurações adesivas estéticas imperceptíveis, acompanhadas ou não de desgaste de estrutura dental.

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico descrevendo a técnica de fechamento de diastemas, residuais ou não, através do uso de resinas compostas fotoativadas que são consideradas uma excelente alternativa por se apresentar como um tratamento conservador, eficaz, de baixo custo, de relativa facilidade de execução e ótimo resultado estético.

## RELATO DO CASO

---

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, compareceu à Clínica do Curso de Especialização em Dentística Restauradora da FO/UERJ para tratamento odontológico. Em uma detalhada anamnese, o paciente relatou que sua queixa principal era a desarmonia de seu sorriso e desconforto estético devido aos espaços existentes entre os seus dentes ântero-superiores. Foi realizado exame clínico e radiográfico, onde se verificou que os dentes presentes não apresentavam qualquer anormalidade; e que o fator hereditário era a causa mais provável dos diastemas encontrados dos elementos 13 ao 23. O paciente não desejava se submeter a um tratamento ortodôntico extenso e optou por modificar o contorno dos dentes através de restaurações em resina composta.

Após moldagem com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply) e obtenção de modelo de estudo, realizou-se o enceramento diagnóstico do caso, para ilustrar ao paciente as mudanças propostas. Foram avaliadas as relações dos elementos dentários a serem reanatomizados em relação às arcadas superior e inferior quanto à forma, tamanho, proporção, alinhamento, textura e cor. Foram realizadas fotografias para documentação. A seguir, planejou-se a transformação executando-se um ensaio restaurador – “*mock up*” – onde se pôde simular clinicamente a técnica proposta e fazer correta seleção de cor, avaliando-se as relações das áreas estática e dinâmica de visibilidade.

A cor selecionada no caso foi B1, visto que o paciente já havia se submetido ao clareamento dental anteriormente. Foi checada a oclusão do paciente e marcados os pontos de contato. Realizou-se isolamento absoluto *modificado* do campo operatório, com grampos 208 (SS White) presos aos dentes 14 e 24, para melhor estabilizar o lençol de borracha; seguido de profilaxia com pedra-pomes + água + escova de Robinson e taça de borracha + lavagem e secagem.

As superfícies a serem restauradas foram levemente asperizadas com auxílio de uma ponta diamantada #3195 (KG SORENSEN), para promover uma quebra da tensão superficial, uma área mais retentiva ao condicionamento ácido e melhor embricamento do adesivo. Depois, então, foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Magic Acid – Vigodent), durante 30 segundos, tanto pela face vestibular quanto pela face palatina – somente nas regiões próximas ao diastema, dos dentes envolvidos. Lavou-se a área condicionada pelo dobro do tempo de condicionamento para remover todo ácido e resíduos da desmineralização. A superfície dental foi seca e aplicou-se o sistema adesivo, conforme especificação do fabricante; tirou-se o excesso e em seguida foi feita a fotoativação.

A inserção da resina composta foi realizada com auxílio de espátulas (*Suprafill*) e pincéis (Pêlo de Marta – *Tigre*), segundo a técnica da mão livre (com uso de tira de poliéster (*Dentart*;) apenas para conformação cervical dos incrementos nessa região e estabilização dos pontos de contato), com incrementos médios de 2mm. Iniciou-se pela reconstrução da face palatina, com resina microhíbrida de dentina (*Herculite XRV / Kerr*), fotoativando (Aparelho fotopolimerizador – *Gnatus Optlight Digital*) cada incremento por 10 segundos. Em seguida, as faces proximais foram feitas também com resina microhíbrida de dentina. Para a face vestibular foi usada resina microhíbrida de esmalte (*Herculite XRV / Kerr*;) e na região incisal, resina microhíbrida incisal (*Herculite XRV / Kerr*). Por último, toda a superfície vestibular foi coberta com resina microparticulada (*Durafill VS / Kulzer*), garantindo melhor textura e brilho de polimento. Uma fotoativação final de 30 segundos foi realizada em cada face dos dentes envolvidos.

O isolamento absoluto foi retirado e os excessos grosseiros removidos com brocas em forma de chama (*KG SORENSEN*) e pêra (*KG SORENSEN*), nas faces vestibular e palatina respectivamente. A oclusão foi novamente checada e os ajustes necessários realizados.

O acabamento inicial foi realizado na mesma consulta com brocas multilaminadas (*KG SORENSEN*) e pontas diamantadas de granulação fina e extra-fina, além de lâmina de bisturi #12 e pontas especiais de silicone para acabamento de resinas compostas (*KG SORENSEN*), com as pastas para polimento POLI I e POLI II. Para dar acabamento proximal foram usadas tiras de lixa para resina. Já o polimento foi dado com rodas de feltro e pasta FOTOGLOSS.

Ao final da consulta, o paciente foi orientado no que diz respeito à durabilidade deste tipo de trabalho. E também aos cuidados que deveria tomar nas 24 primeiras horas em relação às bebidas, corantes e tabagismo. O paciente ficou satisfeito com o resultado final.

## DISCUSSÃO

---

Nos dias de hoje, onde ter uma melhor aparência estética passou a ser uma necessidade, qualquer problema oral, como o diastema envolvendo os dentes ântero-superiores, pode causar uma desvalorização do sorriso. Isso acarreta uma baixa auto-estima no indivíduo, podendo inclusive afetar suas relações sociais e profissionais.

No presente trabalho, a maioria dos autores estudados (BASTING et al 2000; ERHARDT et al 2002; PERES et al 2002; SOUZA et al 2002; KALIX et al 2003; MONDELLI 2003) relatou que, em uma sociedade altamente competitiva, o efeito psicológico e de auto-estima que uma aparência melhor representa pode ter relação com melhores oportunidades sociais e até mesmo profissionais. A presença de dentes alinhados aumenta a capacidade de sorrir com confiança, facilitando a inserção social (PERES et al 2002) e é um pré-requisito para o sucesso profissional, visto que a aparência do ser humano está intimamente relacionada com auto-confiança, seu desempenho e à alegria, tendo significativa relação no grau de importância que o indivíduo dá a sua própria saúde (SOUZA et al 2002). Possuir uma boa aparência deixou de ser uma vaidade e passou a ser necessidade, em um mundo social, econômico e sexualmente competitivo.

Os dentes ântero-superiores exercem um papel fundamental na estética da face (ERHARDT et al 2002; MONDELLI 2003), onde tamanho, forma e posição dentária são importantes para o conjunto das composições dento-facial e facial (MONDELLI 2003). Como os dentes são a principal característica do sorriso, as pessoas estão cada vez mais dando prioridade a um sorriso saudável e atrativo (ERHARDT et al 2002; MONDELLI 2003; SOUZA et al 2002), visto que estética e saúde são fatores intimamente relacionados (BASTING et al 2000; SOUZA et al 2002). Nesse sentido, qualquer problema oral, como pigmentação, mau-posicionamento, forma anti-estética ou diastema encontrado nos dentes anteriores desvaloriza o sorriso podendo influir também nas relações sociais (MONDELLI 2003).

Um dos problemas estéticos que mais preocupa os pacientes, produzindo um desconforto permanente, é o diastema entre os incisivos centrais superiores, por estar localizado em uma região tão visível, embora ocasione pouca ou nenhuma redução na eficiência mastigatória (MONDELLI 2003).

Segundo Manzur (2001), Kreia (2002) e Mondelli (2003), a etiologia do diastema é multifatorial. Suas causas principais são: dentes supranumerários na linha mediana; incisivos laterais congenitamente ausentes; fusão imperfeita da linha média; diastema como parte do crescimento normal; freio labial com inserção na papila palatina, sendo fibroso ou volumoso e podendo determinar assim a persistência do diastema presente na linha média; hábitos anormais de deglutição; movimentação da língua para introduzi-la na área de contato e por traumas constantes, como por exemplo, morder e / ou succionar o lábio ou a mucosa, inserção de palitos, caneta, unha ou outros objetos entre os incisivos centrais.

Como existem diversas causas e cada uma requer diferentes formas de terapia, nem todos os tipos de diastema são tratados da mesma maneira. Assim, se faz necessária uma integração disciplinar, onde, através de um exame cuidadoso, a etiologia e extensão do diastema recebem uma avaliação correta, possibilitando um diagnóstico racional e a escolha do tratamento apropriado em cada caso (MANZUR 2001; MONDELLI 2003).

Tendo em vista que o tratamento deve ser individualizado, foram dadas as seguintes opções de tratamento, entre elas: tratamento ortodôntico – para diastemas maiores que 3,0 mm; facetas laminadas em cerâmica, fechamento por meio de coroas de porcelana, fechamento somente com resina composta – para diastemas variando entre 0,5 mm e 3,0 mm; combinação de fechamento de espaço com facetas diretas de resina composta – nos casos de dentes desalinhados, mudança de cor do dente ou para dentes mais alongados; e combinação de fechamento de diastema com gengivectomia/gengivoplastia – nos casos em que seja necessário alongar a coroa dos dentes, associado ou não à Ortodontia (KREIA et al 2002) Como finalização de um tratamento realizado pela ortodontia ou nos casos em que o paciente não deseja se submeter a um tratamento ortodôntico ou protético extenso, o fechamento dos diastemas anteriores através do acréscimo de resina composta se torna uma excelente alternativa estética.

O cirurgião-dentista deve planejar o fechamento do diastema de acordo com a etiologia e com os anseios do paciente (MANZUR et al 2001; MONDELLI 2003) com relação às condições estéticas e funcionais de seus dentes como um todo (MONDELLI 2003). Desse modo, procedimentos restauradores e / ou remodeladores podem ser empregados, corrigindo alterações de forma e posição.

Para a execução da técnica do fechamento de diastema deve-se fazer uso de dois tipos de resinas: microhíbridas e microparticuladas (CONCEIÇÃO 2000; ERHARDT et al 2002).

Para execução do fechamento de diastemas de até 2mm de extensão a resina composta microparticulada é o material de eleição, em decorrência de seu polimento superficial ser semelhante ao do esmalte e sua translucidez favorecer o mimetismo da interface dente / restauração. Nos casos de diastemas amplos – o que gera influência do fundo escuro da boca na aparência da restauração – e a área palatina apresentar contato cêntrico significativo, pode-se usar na superfície palatina uma resina microhíbrida e na face vestibular uma microparticulada (CONCEIÇÃO 2000). E na incisal, uma resina microhíbrida específica para essa região, caso se faça necessário (CONCEIÇÃO 2000 e ERHARDT et al 2002).

## CONCLUSÕES

---

1. Nem todos os tipos de diastema são tratados da mesma maneira. Para diagnóstico e escolha do tratamento, são necessários modelos de estudo, radiografias e fotografias. Caso a ortodontia esteja contra-indicada, ou existirem diastemas residuais após ortodontia, ou até mesmo quando o paciente não desejar se submeter a um tratamento ortodôntico extenso pode-se fechar esses espaços com resina composta.
2. Uma resina microhíbrida é o material de escolha para regiões de maior estresse mastigatório – faces lingual e proximal – e uma resina microparticulada para a face vestibular.
3. A técnica de fechamento de diastema através de resinas compostas fotoativadas se mostrou uma excelente alternativa em muitas situações por se apresentar como um tratamento prático, eficaz, conservador, de baixo custo, de relativa facilidade de execução e ótimo resultado estético.



Fig. 1 – Foto inicial do sorriso do paciente: desarmonia estética em decorrência de diastemas ntero-superiores.

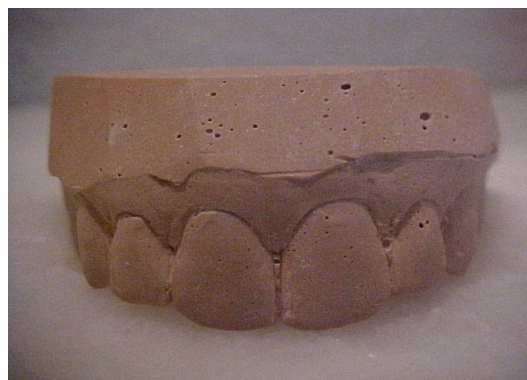


Fig. 2 – Duplicação do modelo de estudo após confecção de enceramento: simulação do resultado final das restaurações.



Fig. 4– Confecção de isolamento absoluto e condicionamento ácido do esmalte em todas as faces a serem restauradas.



Fig. 5– Caso concluído: aspecto após acabamento e polimento final.

## REFERÊNCIAS

1. Basting RT, Carlinni JRB, Serra MC, Pimenta LAF. Como Procedimentos Restauradores Diretos Podem Melhorar o Sorriso? Rev. Bras. Odontol, 2000 set/Out;57(5)297-299.

2. Erhardt MCG, Castro AKBB, Pimenta LAF. Transformações estéticas do sorriso empregando procedimentos restauradores e não restauradores. Rev. Bras. Odontol, 2002Set./Out;59(5)307-309.
3. Souza Jr MHS, Carvalho RM, Mondelli RFL. Odontologia Estética – Fundamentos e Aplicações Clínicas / Restaurações com Resina Composta. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
4. Peres KG, Traebert ESA, Marcenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação de oclusopatias. Rev. Saúde Pública, São Paulo 2002 Abril;36(2).
5. Kalix AP, Maia RR, Vargas E, Amaral D, Júnior JC. Reanatomização de dentes ântero-superiores. Rev. Bras. Odontol, 2003 Jan./Fev;60(1)18-20.
6. Mondelli J, Pereira MA, Mondelli RFL. Etiologia e Tratamento dos Diastemas Dentários. Biodonto Revista Odontológica, 2003 Maio /Jun; 1(3).
7. Manzur RF, Azevedo E, Saad JRC, Dinelli W, Vieira S, Calixto A., Fechamento de Diastema. Arquivo consultado em 2001, disponível em: <http://www.odontogeral.hpg.ig.com.br..>
8. Kreia TB, Guariza Filho O, Tanaka O. Nova Visão em Ortopedia Funcional dos Maxilares. São Paulo: Ed. Santos, 2002;907-911.
9. Conceição EN. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.