FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

Maria Solange Santana Gomes

FECHAMENTO DE DIASTEMAS ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: Relato de caso

Sete Lagoas
2023

Maria Solange Santana Gomes

FECHAMENTO DE DIASTEMAS ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: Relato de caso

Monografia apresentada ao curso superior de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Dentística.

Orientador: Prof. Me. Igor Saraiva Rodrigues

Área de concentração: Odontologia.

Maria Solange Santana Gomes

FECHAMENTO DE DIASTEMAS ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: Relato de caso

Monografia apresentada a Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, para obtenção do título de especialista em Dentística.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

_____
Profa.

_____
Prof.

_____
Profa.

Sete Lagoas, ____ de _____ 2023.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível!

Agradeço também aos professores e todos os colaboradores da instituição pela ajuda oferecida sempre que precisei.

A todos que, de algum modo, contribuíram para realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

A ocorrência de diastemas anteriores é frequentemente vista como um desafio estético comum. Devido à sua variedade de causas, diferentes abordagens de tratamento podem ser possíveis, envolvendo muitas vezes várias especialidades (como ortodontia, prótese odontológica, periodontia, cirurgia, entre outras). O progresso tecnológico na odontologia cosmética adesiva tem fornecido resultados impressionantes na reconstituição da forma, função e estética dos dentes. Tal fato dá-se em virtude da ampla variedade de cores disponíveis, além das excelentes propriedades mecânicas e físicas, e também a facilidade de aplicação da técnica. Esta pesquisa propõe, como opção de tratamento, a utilização de restaurações diretas em resina composta para o fechamento completo do diastema ali presente.

Palavras-chave: Diastemas. Estética. Resinas compostas.

ABSTRACT

The occurrence of anterior diastemas is often seen as a common aesthetic challenge. Due to its variety of causes, different treatment approaches may be possible, often involving several specialties (such as orthodontics, prosthetics, dentistry, periodontics, surgery, among others). In the field of dentistry, technological progress in adhesive cosmetic dentistry has provided impressive results in reconstituting form, function and aesthetics. This is due to the wide variety of colors available, in addition to the excellent mechanical and physical properties, and also the ease of application of the technique. This research proposes, as a treatment option, the use of direct composite resin restorations to completely close the diastema present there.

Key words: Diastemas. Aesthetics. Composite resins.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Aspecto clínico inicial 11
FIGURA 02: Aspecto clínico intra oral 11
FIGURA 03: Aspecto clínico intra oral 11
FIGURA 04: Modelo de estudo 11
FIGURA 05: Modelo com enceramento 12
FIGURA 06: Resinas utilizadas 12
FIGURA 07: Restaurações insatisfatórias removidas 13
FIGURA 08: Aspecto dos dentes após aplicação do sistema adesivo e fotoativação 13
FIGURA 09: Guia palatino em posição 14
FIGURA 10: Inserção do incremento de resina no guia palatino
144
FIGURA 11: Fotopolimerização da resina no dente 14
FIGURA 12: Polidores utilizados 14
FIGURA 13: Aspecto imediato das restaurações finalizadas em oclusão 155
FIGURA 14: Aspectos imediato das restauraçõe finalizadas com a boca aberta 15
FIGURA 15: Sorriso da paciente após um mês 15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
2 FECHAMENTO DE DIASTEMAS COM RESINAS COMPOSTAS 9
3 RELATO DE CASO CLÍNICO 11
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 19
REFERÊNCIAS 20

1 INTRODUÇÃO

O desejo por um sorriso perfeito é atualmente alvo da maioria das pessoas, e atingir tal objetivo constitui-se, segundo D'altoé (2007) e Silva *et al* (2006), um desafio significativo para os profissionais da odontologia, haja vista, que mudanças na estética podem levar às consequências psicológicas, que vão desde tentativas simples de ocultar o problema, até uma retração completa do indivíduo, comprometendo sua habilidade social. Isso, por sua vez, enfatiza a relevância dos padrões estéticos na sociedade.

Cardoso *et al* (2005) elucidam que modificações dentárias de forma, tamanho, cor e posição são frequentes e habituais na prática clínica diária. Segundo Araújo (2005) e D'altoé (2007), dentre as alterações mais comuns, destacam-se os diastemas anteriores superiores, que são vistos como um problema estético, embora alguns autores questionem sua influência na estética. Isso se deve ao fato de muitas pessoas considerarem essas lacunas como uma característica pessoal.

Haas e Silveira (2002), D'altoé (2007) e Rosa *et al* (2007), destacam que devido ao crescente interesse pela estética, tem-se notado um aumento na procura por restaurações adesivas. Como resultado, surgiu na odontologia um ramo de trabalho conhecido como Odontologia Cosmética Adesiva. Esta tendência da cosmética adesiva é caracterizada pela realização de restaurações que minimizam a invasão dos tecidos dentários sadios, além dos baixos custos envolvidos e resultados altamente eficazes com relação a durabilidade e estética.

A evolução contínua dos materiais adesivos, como apontam Pontes, Pacheco e Martins (2003) disponibiliza uma ampla gama de opções estéticas que imitam a cor natural dos dentes. Estes materiais possuem propriedades mecânicas e físicas superiores, o que facilita a aplicação técnica e prolonga a durabilidade das restaurações.

Este artigo visa expor um caso clínico que envolve o fechamento de diastemas na região anterior, utilizando restaurações diretas com resina composta, entretanto, foram realizados desgastes seletivos devido à remoção das antigas restaurações.

2 FECHAMENTO DE DIASTEMAS COM RESINAS COMPOSTAS

De acordo com os conhecimentos de Von Zubben (2004) o diastema trata-se de um espaço entre os dentes, ou seja, a falta de contato entre eles, podendo surgir em qualquer arco dentário, seja superior ou inferior. No entanto, é mais frequentemente observado entre os incisivos centrais superiores, resultando em implicações tanto estéticas quanto funcionais. Esses espaços podem ser categorizados em diastemas fisiológicos, patológicos e aqueles causados por disjunção palatal.

Além disso, os diastemas podem surgir devido a uma variedade de fatores, segundo Schwarz *et al* (2015), incluindo diferenças no tamanho dos dentes, falta de dentes, excessivo trespasse horizontal, rotações dentárias, angulações internas de dentes adjacentes, inserção baixa do freio lingual, dentes supranumerários ou questões periodontais.

Almeida *et al* (2004), com relação a temática, salienta que o diastema entre os incisivos superiores é frequentemente observado, principalmente entre os dois incisivos centrais. Tal espaço é atribuído à inserção baixa das fibras do freio que vão até a margem gengival entre os dentes, impedindo que eles se toquem.

O referido autor acrescenta ainda, que a desproporção entre o tamanho dos dentes é outro fator comum e, isso pode ser resultado de arcadas dentárias que possuem um espaço ósseo maior do que o tamanho dos dentes ou mesmo resultante de dentes anormalmente pequenos, chamados de microdontia, das quais são características frequentemente associadas à genética, passando então, de pais para filhos.

Concernente ao assunto, Viola (2014) destaca que a microdontia pode causar preocupações estéticas e funcionais, especialmente quando se trata dos incisivos laterais. O tratamento ortodôntico pode ser necessário para resolver essas questões, assim como a restauração para corrigir a função e a estética.

Existem várias abordagens para tratar diastemas, incluindo correções ortodônticas, próteses fixas, laminados cerâmicos e restaurações diretas de resina composta. Dentre essas, Berwanger *et al* (2016) propõem a utilização das restaurações diretas de resina composta devido ao fato de ser uma abordagem minimamente invasiva, prática e conservadora.

Em situações em que os espaços entre os dentes precisam ser preenchidos, as restaurações diretas de resina composta são uma opção eficaz, especialmente quando os dentes estão intermediários separados. Mondelli *et al* (2011) observaram que as restaurações diretas são mais econômicas e rápidas do que as indiretas, embora estas últimas tenham superioridade estética e resistência às manchas.

Com relação às resinas compostas, Almeida *et al* (2019), dispõem que estas são totalmente reconhecidas por suas vantagens na reabilitação oral estética. Essas vantagens incluem um tempo de trabalho mais curto, facilidade de reparo, mínimo, ou nenhum desgaste da estrutura dentária, e uma gama variada de núcleos que mimetiza perfeitamente a cor da dentição natural.

Embora as cerâmicas odontológicas também apresentem uma imitação de cor impressionante, Conceição *et al* (2000) elucidam que elas impedem o desgaste da superfície dentária, tornando-as menos ideais para uso em pacientes mais jovens. Para diastemas de até 2mm, a resina composta microparticulada é preferível devido ao seu polimento semelhante ao do esmalte e sua capacidade de criar uma interface dente/restauração quase imperceptível.

Segundo Conceição *et al* (2000), em situações de diastemas maiores, onde a sombra da boca pode afetar a aparência da restauração e há um contato significativo com a área palatina, sugere-se a combinação de resinas micro-híbridas na superfície palatina e microparticuladas na face vestibular. No entanto, para a área incisal, uma resina micro-híbrida específica pode ser necessária.

Sobre o assunto, Berwanger *et al* (2016) relataram que as resinas nanohíbridas são valorizadas por apresentarem um polimento e brilho, assemelhando-se às resinas microparticuladas, enquanto são mantidas as propriedades físicas e mecânicas semelhantes às resinas híbridas e micro-híbridas. Desta forma, tem-se uma resistência significativa às fraturas e aos desgastes, tornando adequado seu uso tanto para dentes posteriores quanto anteriores.

Por fim, Almeida *et al* (2019) destacam que é imperativo considerar que a durabilidade deste material depende em grande parte do cuidado do paciente. Uma higiene oral envolvente pode resultar na manipulação da matriz orgânica da resina, provocando mudanças na cor e na textura do material a longo prazo.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente parda, G. S. S., gênero feminino, 46 anos, procurou a clínica da faculdade Sete Lagoas – FACSETE relatando descontentamento com seu sorriso. As queixas da paciente eram restaurações que apareciam e espaço que havia entre os incisivos superiores. No exame clínico inicial, constatou-se a presença de diastema na região de incisivos centrais superiores de aproximadamente 2mm, além de restaurações insatisfatórias (Figura 01).



FIGURA 01: Aspecto clínico inicial

Na primeira consulta foram feitos exames clínicos, além de uma avaliação completa com fotografias intraorais e impressões com alginato (Hydrogum - Zhermack). Com o modelo e fotografias em mãos, foi realizada a análise do caso e traçou-se um plano de tratamento o qual foi exposto à paciente as opções de tratamento, suas vantagens, bem como suas limitações (Figura 02, 03, 04).



FIGURA 02: Aspecto clínico intra oral



FIGURA 03: Aspecto clínico intra oral



FIGURA 04: Modelo de estudo

Em seguida, a paciente optou por tratamento restaurador direto, pois a mesma queria uma alternativa mais rápida e menos onerosa. Então, o plano de tratamento envolveu restaurações diretas de resina composta nas faces mesiais dos dentes 11 e 21 para obter o completo fechamento do diastema ali presente. Inicialmente foi realizado o enceramento diagnóstico no modelo de gesso superior para decidir o formato e o tamanho do dente (Figura 05).



FIGURA 05: Modelo com enceramento

Após enceramento diagnóstico, confeccionou-se um guia com silicone de condensação (Optosil – Kulzer). Com o auxílio de uma lâmina de bisturi, o molde de silicone foi recortado no sentido mésio-distal, através da linha incisal. Este guia foi utilizado para realizar as conchas palatinas durante o procedimento restaurador.

Na segunda sessão foi realizada a seleção de cor distribuindo pequenas porções sobre a face vestibular do dente e, fotoativando por 20 segundos. Decidiu-se, então, a utilização de resina WE da Forma (Ultradent) para a confecção da parede palatina, e na região referente à dentina, foi selecionada a resina A2D da Harmonize (Kerr), e a resina A2E Harmonize (kerr) foi escolhida para reproduzir a região de esmalte vestibular (Figura 06).



FIGURA 06: Resinas utilizadas

Na mesma sessão foi realizada anestesia infiltrativa para a colocação do isolamento absoluto com dique de borracha (Nic tone) referente aos dentes 14 ao

24, em seguida foram removidas as restaurações insatisfatórias dos dentes 11 e 21 com broca diamantada esférica (American Burns) 10/13, acabamento e polimento da cavidade com broca multilaminada (American Burns) (Figura 07).



FIGURA 07: Restaurações insatisfatórias removidas

Foi feita uma profilaxia prévia com pedra pomes e escova de Robson. Em seguida foi realizado o jateamento com óxido de alumínio por 10 segundos. O condicionamento total do esmalte foi feito durante 30 segundos, com ácido fosfórico a 37% (CONDAC 37%, FGM, BRASIL) e lavado com jato de água pelo mesmo tempo. O sistema adesivo Clearfil SE Bond (kuraray) foi utilizado, para isso, aplicou-se o Primer ativamente na dentina por 20 segundos, em seguida tirou-se o excesso com sugador endodôntico e jogou-se um leve jato de ar, após aplicou-se o adesivo que foi fotoativado por um minuto com o fotopolimerizador da Valo (Figura 08).



FIGURA 08: Aspecto dos dentes após aplicação do sistema adesivo e fotoativação

Com o guia de silicone aprovado (Figura 09), os incrementos de resina composta foram inseridos com auxílio de espátula de inserção metálica (LMArte). Então, iniciou-se a restauração por meio da inserção da resina composta correspondente ao esmalte palatino (Figura 10), com a guia posicionada, e o incremento foi fotopolimerizado (Figura11).



FIGURA 09: Guia palatino em posição



FIGURA 10: Inserção do incremento de resina no guia palatino

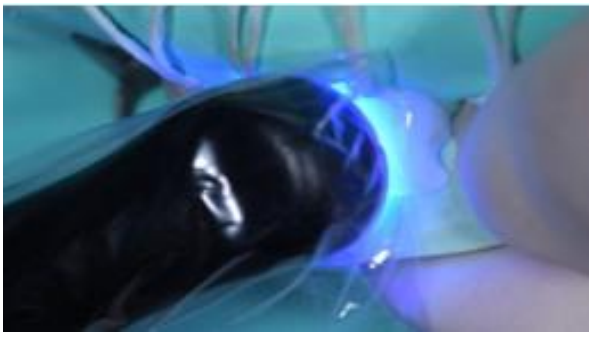


FIGURA 11: Fotopolimerização da resina no dente

Após remover a guia de silicone, iniciou-se a inserção de resina composta referente à dentina e esmalte vestibulares, reproduzindo a forma dental conforme o enceramento diagnóstico. Após a realização das restaurações foi removido o isolamento absoluto e realizado o ajuste da oclusão. Iniciou-se o acabamento das restaurações com pontas diamantadas F e FF (American Burns) e, nas proximais, foram utilizadas lixas diamantadas para acabamento. Para o polimento foi utilizado discos abrasivos Sof-Lex Pop-On (3M ESPE) de granulação grossa, polidor JiffY Polisher taça abrasivo verde – Ultradent e o Polidor Diamantado de Resina Espiral Swivel (kit1921 CA- Jota) (Figura 12).



FIGURA 12: Polidores utilizados

Com o resultado imediato pode-se constatar que o planejamento foi devidamente atingido (Figuras – 13,14 e 15):



FIGURA 13: Aspecto imediato das restaurações finalizadas em oclusão



FIGURA 14: Aspectos imediato das restaurações finalizadas com a boca aberta



FIGURA 15: Sorriso da paciente após um mês

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A procura por tratamentos odontológicos com o objetivo de melhorar o sorriso, especialmente em relação aos dentes frontais, tem crescido consideravelmente. Alterações estéticas no formato, posição ou coloração dos dentes podem ser corrigidas de forma conservadora utilizando técnicas que empregam a aplicação direta de resina composta. Graças às características próprias desse material, caso ocorra algum problema na restauração, é possível realizar um reparo sem a necessidade de substituir a peça inteira. Isso amplia sua durabilidade e minimiza a frequência de disciplinas restauradoras.

No presente estudo, foi apresentado o caso clínico de uma paciente de 46 anos que se dirigiu à clínica da FACSETE em Sete Lagoas, insatisfeita com a aparência de seu sorriso devido às restaurações visíveis e espaços entre os incisivos superiores. Durante um exame clínico inicial, identificou-se um diastema (espaço) de aproximadamente 2mm entre seus incisivos centrais superiores e restaurações que não estavam satisfatórias.

A paciente foi submetida a uma série de exames clínicos durante sua primeira consulta. Além disso, foi feita uma avaliação facial completa, que incluiu fotografias intra e extraorais e a criação de moldes dentários com alginato. Com base nestas informações, os profissionais de saúde realizaram uma análise detalhada do caso e elaboraram um plano de tratamento.

O plano de tratamento foi apresentado à paciente, destacando-se as diversas opções, bem como suas respectivas vantagens e limitações. A paciente optou por um tratamento restaurador direto, buscando uma solução mais rápida e econômica. Esse tratamento incluiu restaurações diretas de resina composta para fechar o diastema.

De acordo com a literatura especializada, conforme disposto por Cardoso (2008), Predini (2000), Rosa *et al* (2007) e Vellasco *et al* (2006), a combinação de um conhecimento científico condizente com as diretrizes da odontologia oferece ao profissional amplas oportunidades para restaurar a forma, o núcleo e a textura do dente comprometido. Em situações como a apresentada neste estudo, a solução pode envolver a recomendação de tratamento ortodôntico ou a aplicação de procedimentos restauradores, sejam eles diretos ou indiretos.

Segundo Pedrini (2000), dentre as alternativas de restauração dentária, os métodos indiretos, como coroas totais e facetas de porcelana, oferecem resultados estéticos e funcionais notáveis. No entanto, são classificados como invasivos, pois exigem a remoção de parte da estrutura dental saudável.

Por outro lado, Baratieri, Monteiro e Vieira (2002); Baratieri *et al* (2001); Cardoso (2008) e Vellasco el al (2006) corroboram que a execução de procedimentos diretos é vista como minimamente invasiva e oferece a vantagem de ser potencialmente reversível. Estes métodos são também mais econômicos e requerem um período de tratamento mais curto, por este motivo a escolha do método direto no referido caso.

Contudo, segundo Pedrini (2000) e Vellasco *et al* (2016), o resultado clínico está intimamente ligado ao material restaurador selecionado, à técnica empregada e também à competência do profissional. Com relação ao material no caso em questão, utilizou-se resinas compostas em razão das melhorias nas propriedades dos materiais restauradores adesivos. De acordo com Baratieri (2002) e Pedrini (2000), a recomendação para o uso de resinas compostas tornou-se progressivamente mais abrangente, além de tornar os procedimentos clínicos mais conservadores.

Além do mais, como apresentado por Baratieri (2002) visto que esses materiais são empregados em conjunto com sistemas adesivos, não são fáceis de desgaste da superfície dentária, preservando a estrutura dentária saudável, diminuindo o tempo clínico, bem como também os custos laboratoriais.

Rosa *et al* (2007) ressaltam que o aperfeiçoamento contínuo desses materiais oferece uma ampla gama de opções estéticas que imitam a cor dos dentes, além de possuírem, como disposto por Pontes, Pacheco e Martins (2003), propriedades mecânicas e físicas superiores e facilidade na aplicação da técnica.

O processo restaurador foi extenso. Inicialmente, foi efetuado um diagnóstico de enceramento para determinar o formato e tamanho ideal do dente. Em seguida, um guia de silicone foi preparado para auxiliar no procedimento. Durante a segunda sessão, foi escolhida a cor da resina e realizada a anestesia. Foram removidas as restaurações anteriores, seguido por diversos procedimentos preparatórios, como jateamento, condicionamento e aplicação de adesivo. O processo de restauração envolveu a inserção gradual da resina composta, inicialmente focando no esmalte palatino e, depois, abordando a dentina e o esmalte vestibulares.

Araújo (2005) elucida que um outro aspecto relevante, é que nos dias de hoje, tem-se a capacidade de simular o procedimento restaurador (fase conhecida como restauração diagnóstica), o que permite a criação de um guia de silicone. Esse recurso facilita o controle do formato, cor e na elaboração de efeitos luminosos superficiais.

Ademais, como disposto por Figueiredo *et al* (2005), por meio dessa etapa tem-se a possibilidade de uma melhor interação entre profissional e paciente, uma etapa crucial durante a fase de planejamento, a fim de que o paciente se sinta encorajado e confortável em contribuir para o resultado final.

Após a conclusão das restaurações, foram efetuados os ajustes finais e o polimento para garantir um acabamento perfeito e natural. O resultado final mostrou que o planejamento e os procedimentos foram bem-sucedidos, proporcionando ao paciente o sorriso desejado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com desenvolvimento da pesquisa, através da análise clínica do caso, pode-se verificar que entre as abordagens para o fechamento de diastemas, a técnica de restauração direta com resina composta é uma opção eficaz para restaurar a estética.

Essa técnica, por ser relativamente simples, oferece uma reabilitação segura, previsível e totalmente reversível, caso haja insatisfação do paciente com o resultado clínico. O progresso tecnológico dos materiais restauradores possibilita a realização de restaurações conforme o ponto de vista funcional, biológico e estético, sem necessidade de preparo ou desgaste da estrutura dental saudável.

Contudo, deve-se ressaltar que, para o sucesso do procedimento, é de fundamental relevância que o profissional esteja apto e possua conhecimento técnico-científico, habilidade manual e acesso aos materiais restauradores que garantam um nível adequado de sucesso clínico, assim como relatado no presente caso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leonardo de *et al*. **Reabilitação estética de diastemas anterossuperiores com resina composta após abordagem ortodôntica.** In: Clinical and Laboratorial Research Dentistry. Unioeste, 2019.

ALMEIDA, Renato Rodrigues de *et al*. **Diastema interincisivos centrais superiores:** quando e como intervir? In: R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 9, n. 3, p. 137-156, maio/jun. 2004.

ARAUJO, E. M. **Fechamento de diastemas por meio de restaurações diretas de resina composta.** Clinica – Int. J. Braz. Dent., v.1, p. 339-58, 2005.

BARATIERI, L. N., ARAÚJO JR, E. M., MONTEIRO JR, S., VIEIRA, L. C. C**. Caderno de dentística:** Restaurações adesivas diretas com resina composta em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Santos. 2002.

BARATIERI, L. N., *et al*. **Odontologia restauradora:** Fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos. 2001.

BERWANGER, Carolina *et al*. **Fechamento de diastema com resina composta direta - relato de caso clínico.** In: Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. vol.70, n.3, pp. 317-322. 2016.

CARDOSO, N. **Finalização de tratamento ortodôntico com fechamento de diastemas pela técnica direta.** Clinica – Int. J. Braz. Dent., v.4, p. 262-72, 2008.

CARDOSO, P. C., *et al*. **Realidade clínica no fechamento de diastemas:** relato de caso clínico. Clinica – Int. J. Braz. Dent., v.1, p.305-312, 2005.

CONCEIÇÃO, E.M *et al*. **Restaurações de resina composta direta em dentes anteriores.** Dentistlca: saúde e estética. Porto Alegre: Artmed. 2000.

D'ALTOÉ, L. F. **Reanamotização de dentes antero-superiores com resinas compostas – relato de caso clínico**. Clinica – Int. J. Braz. Dent., v.3, p.374-81, 2007.

FIGUEIREDO, R. J. *et al*. **Otimizando a estética por meio de reanatomizações em dentes conóides.** In: Rev. RGO, v.56, p.333-6, 2008.

HAAS, N. A. T., SILVEIRA, J. L. G. C. **A evolução dos sistemas de acabamento e polimento em resinas compostas.** JBC, v.6, p.504-6, 2002.

MONDELLI, J. *et al*. **Etiologia e Tratamento dos diastemas Dentários.** In: Biodonto Revista Odontológica, Maio /Jun. 2011.

PEDRINI, D., JARDIM, O. S, POI, W. R. **Transformação de dente conóide e fechamento de diastema em clínica geral.** In: Rev. FOL, v.12, p.52-6, 2000.

PONTES, A. P., PACHECO, J. F. M., MARTINS, J. L. **Avaliação da rugosidade superficial de compósitos microíbridos e condensáveis após acabamento e polimento.** Revista da Faculdade de Odontol. da Univ. de Passo Fundo (RFO UPF), v.8, p.68-71, 2003.

ROSA, F. M. *et al*. **A importância do enfoque multidisciplinar no recontorno estético de diastemas e incisivos conóides.** Clínica – Int. J. Braz. Dent., v.3, p.42-8, 2007.

SCHWARZ, Vanessa *et al*. **Fechamento de Diastema com resina composta.** In: Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 26-31, fev. 2015.

SILVA, L. A., *et al*. **Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores com anomalia de forma.** Relato de caso clínico. Arq. Bras. Odontol., v.1, p.55-59, 2006.

VELLASCO, *et al*. **Dentística Minimanente Invasiva:** Plástica Dental. Arq. Odontol., v.42, p.104-12, 2006.

VIOLA, Felipe. **Fatores genéticos podem causar malformação dos dentes.** Dourados agora, Mato Grosso do Sul, 11 de jun. 2014.

VON ZUBBEN, Paulo Henrique. **Diastema: conceito, etiologia, diagnóstico, opções de tratamento.** 2004. 56f. Monografia de final de curso (Graduação em Odontologia), Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2004.