



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

MARIA HELOIZA OLIVEIRA SILVA

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA O FECHAMENTO DE
DIASTEMAS INTERINCISIVOS CENTRAIS MAXILARES: UM
RELATO DE CASO CLÍNICO.**

Lagarto/SE
2020

MARIA HELOÍZA OLIVEIRA SILVA

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA O FECHAMENTO DE
DIASTEMAS INTERINCISIVOS CENTRAIS MAXILARES: UM
RELATO DE CASO CLÍNICO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito à obtenção do grau de cirurgiões-dentistas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Flavia Pardo Salata Nahsan

Lagarto/SE
2020

MARIA HELOÍZA OLIVEIRA SILVA

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA O FECHAMENTO DE DIASTEMAS
INTERINCISIVOS CENTRAIS MAXILARES: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de
Graduação em Odontologia da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito à obtenção do grau de cirurgiões-
dentistas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Flavia Pardo
Salata Nahsan

Aprovado em: ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Professora orientadora: Flávia Pardo Salato Nahsan

Professor componente da banca: Luis Alves de Oliveira Neto

Professor componente da banca: Daniel Maranhã da Rocha

À Deus, por ter me dado força, coragem, paciência e saúde para chegar até aqui. Aos meus pais, por todo incentivo e amor. Aos meus irmãos por terem me ajudado desde o início. Ao meu namorado toda paciência e ombro amigo. À todos os meus amigos de turma por tornarem meus dias menos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Muitos diziam estar comigo sempre, poucos estiveram de verdade. Agradeço à todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Santana e José Augusto, pela determinação e luta na minha formação e dos meus irmãos, fazendo amparar os ensinamentos de meus avós.

Agradeço aos meus irmãos, Júnior e Marcos, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, sempre tiveram paciência e confiança.

Ao meu namorado por toda paciência, amor e amizade ao longo de todos esses anos. Amo você.

Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, carinho, autenticidade e amizade, dos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais, engraçados, alegres, e irmãos do dia-a-dia Carina, Bruna, Carlos, Ricardo, Isaías, Dani e Eloize.

A Prof.^a Dra. Flávia Nahsan pela amizade, confiança e exemplo. Obrigada por ter aceito o convite de ser minha orientadora, foi uma honra ser orientada pela minha referência na dentística. Aos demais professores que de forma geral me ajudaram nessa jornada, cada um com suas peculiaridades.

Agradeço à Deus por toda proteção, e bênçãos que à mim foram concedidas. De modo geral agradeço à todos que buscaram me ajudar e me apoiar ao longo dessa jornada.

*“Definir um objetivo é o ponto de
partida de toda a realização”
- W. Clement Stone*

RESUMO

Os diastemas, principalmente em dentes anteriores, são uma queixa comum nos consultórios odontológicos. Existem diversos tratamentos para solucionar esses casos, mas a escolha deve ser tomada imprescindivelmente de acordo com as necessidades e expectativas do paciente. O objetivo desse trabalho é demonstrar a associação e os passos clínicos de um aumento de coroa clínica através do uso da técnica de gengivoplastia seguido do fechamento de diastemas interincisivos centrais com restaurações diretas. O tratamento integrado com a remodelação gengival e fechamento do diastema com resina composta otimizou o resultado final de forma estética e conservadora.

Palavras-chave: Diastema; Resina Composta; Gengivoplastia.

ABSTRACT

The diastemas, mainly located in anterior teeth, are a common complaint in dental clinics. There are many options of treatments to solve it, but the choice must be made in accordance with the patient's needs and expectations. The main purpose of this study is to show the clinical steps of the association of gingivoplasty followed by closing the diastema between central incisors using composite resin. Thus, the integrated treatment including gingival remodeling and closing the diastema with composite resin optimized the final result in an aesthetic and conservative way.

Key words: Diastema, Composite resin, Gingivoplasty.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1A - Apecto inicial do sorriso da paciente mostrando a presença de diastemas e sorriso gengival. Vista extraoral.....	14
FIGURA 1B - Apecto inicial do sorriso da paciente mostrando a presença de diastemas e sorriso gengival. Vista aproximada.....	14
FIGURA 2A - Passo a passo da gengivoplastia. Pontos sangrantes feitos para guiar a incisão.....	15
FIGURA 2B - Passo a passo da gengivoplastia. Incisão feita com gengivótomo de Kirkland.....	15
FIGURA 3A - Finalização do procedimento. Remoção do tecido incisado.....	16
FIGURA 3B - Aspecto final, após afileamento das margens e das papilas.....	16
FIGURA 4A - Unidade 11. Vista aproximada, antes do facetamento.....	17
FIGURA 4B - Unidade 11. Vista aproximada, depois do facetamento.....	17
FIGURA 5A - Facetamento de meio arco, lado direito.....	18
FIGURA 5B - Facetamento de arco completo.....	18
FIGURA 6A - Acabamento e polimento. Remoção dos excessos com disco de lixa.....	18
FIGURA 6B - Polimento com ponta de borracha.....	18
FIGURA 7A - Aspecto final do tratamento. Vista extraoral do sorriso.....	19
FIGURA 7B - Aspecto final do tratamento. Vista aproximada lateral do sorriso.....	19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVO	13
3	RELATO DO CASO CLÍNICO.....	14
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO.....	22
6	REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A sociedade tem valorizado cada vez mais a aparência dos dentes com prioridade a um sorriso saudável e esteticamente agradável. Muitas vezes, a presença de espaços interdentais anteriores afetam a estética do sorriso e, portanto, soluções tem sido requeridas.

Os diastemas são definidos como um espaço interdentário maior que 0,5 mm entre os incisivos superiores. É um problema estético frequente, classificado como uma anomalia de múltiplas etiologias, que é comumente citado pelos pacientes durante as consultas odontológicas, considerando-os prioridade no tratamento. Uma vez definida sua etiologia, diferentes tratamentos podem ser realizados, como cirurgia, ortodontia, procedimentos restauradores ou uma associação entre eles (KABBACH; SAMPAIO; HIRATA, 2018).

Os tratamentos ortodônticos são frequentemente indicados, porém em alguns pacientes os diastemas permanecem mesmo após o tratamento terminado devido a alterações nas proporções dentárias ou pela incorreta finalização do tratamento, além de ter um custo oneroso, ter longa duração e ser desconfortável, o que faz dessa técnica ser uma das de difícil escolha, principalmente em pacientes de idade adulta (CHU; ZHANG; JIN, 2011). Existem também procedimentos mais rápidos como as restaurações estéticas indiretas, principalmente as restaurações metal free, que têm sido amplamente utilizadas por serem capazes de mimetizar as estruturas naturais dos dentes. Contudo, seu sucesso depende do domínio da técnica pelo cirurgião-dentista, que é estritamente sensível desde o seu preparo, e do material empregado, que tem custo alto, não sendo acessível para grande maioria dos pacientes (LACY, 1998).

Ainda, tem-se a opção de realizar acréscimos em resina composta, que traz resultados estéticos satisfatórios sem grandes desgastes à estrutura dentária remanescente proporcionando uma aparência natural, reestabelecendo a função morfológica e reestabelecendo características como cor, croma, matiz, translucidez e valor, além do seu custo mais baixo, o que é uma das suas grandes vantagens (KORKUT; YANIKOGLU; TAGTEKIN, 2016).

A técnica restauradora direta para fechamento do diastema em resina composta

consiste na inserção desse material sobre a superfície do elemento dentário, esculpindo sua estrutura dentária e possibilitando assim uma conservação maior de estrutura dental sadia pois não necessita de preparo com grande desgaste de tecido hígido (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011).

Apesar dos grandes benefícios dessa técnica, ela não pode ser proposta para todos os pacientes pois a depender da distância interdental, o seu fechamento pode resultar em elementos dentários muito mais largos que os adjacentes, fungindo da escala de normalidade. Uma opção para resolução desse empasse é um aumento de coroa clínica (SUZUKI et al, 2008).

Uma das técnicas para esse aumento é a gengivoplastia que é um procedimento cirúrgico de remodelamento plástico da gengiva para restabelecer uma forma anatômica e contorno fisiológico adequados, proporcionando harmonia estética entre altura e largura das coroas clínicas dos dentes e possibilitando o fechamento dos diastemas por meio dessas restaurações diretas com resina composta mantendo o equilíbrio e simetria (PINTO, 2016).

Diante do exposto, deste modo, o presente artigo demonstra a associação e os passos clínicos de um aumento de coroa clínica através do uso da técnica de gengivoplastia seguido do fechamento de diastemas interincisivos centrais com restaurações diretas em resina composta.

2 OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é detalhar o tratamento multidisciplinar para fechamento de diastemas interincisivos centrais superiores associando a gengivoplastia com as restaurações adesivas diretas, mostrando um relato de caso clínico.

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 20 anos de idade, foi atendida na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Sergipe, insatisfeita com a estética do seu sorriso.

Clinicamente apresentava dentes hígidos, com coloração natural amarelada, e possuía múltiplos diastemas na região ântero-superior e sorriso gengival, responsável pela aparência de tamanho reduzido dos elementos dentários (Figura 1A e 1B).



Figura 1- Apecto inicial do sorriso da paciente mostrando a presença de diastemas e sorriso gengival. A) Vista extraoral. B) Vista aproximada. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

Durante o planejamento três tratamentos foram escolhidos, sendo eles a gengivoplastia entre os primeiros pré-molares superiores direito e esquerdo, o clareamento dental usando a técnica de clareamento em consultório, e a reanatomização com fechamento dos diastemas com resina composta para melhorar as proporções e posicionamento dos dentes no arco.

O primeiro tratamento a ser realizado foi a gengivoplastia. A técnica anestésica utilizada foi a infiltrativa local. As áreas anestesiadas foram de incisivo central, incisivo lateral, canino, primeiro e segundo pré-molares. A solução anestésica injetada foi a Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, sendo utilizados 2 tubetes.

Primariamente ao procedimento foi avaliado o fenótipo gengival da paciente, que se apresentou espesso e plano, tendo assim quantidade de gengiva queratinizada suficiente para sua realização. Após área adequadamente anestesiada e os tecidos moles devidamente afastados com afastador bucal (Expandex, Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A.– Maringá-PR, Brasil), as profundidades do sulco foram identificadas com a sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy Mfg. Co., LLC – Chicago,

Illinois, EUA), localizando a altura da junção amelocementária das regiões mesial, distal e central dos dentes referidos. Aos níveis das junções, a gengiva foi perfurada com a sonda, produzindo um ponto sangrante na superfície do tecido mole.

A sequência dos pontos sangrantes foi usada como guia para incisão (Figura 2A). A incisão foi feita com o gengivótomo de Kirkland (Hu-Friedy Mfg. Co., LLC – Chicago, Illinois, EUA), em 45° em relação ao longo eixo do dente, fazendo o contorno gengival biselado, determinado pelos pontos sangrantes (Figura 2B). Ainda com o gengivótomo, foi dado acabamento para proporcionar uma margem afilada e festonada da gengiva remanescente (Figura 3A e 3B). Com o gengivótomo de Orban (Hu-Friedy Mfg. Co., LLC - Chicago, Illinois, EUA) e tesoura Castroviejo curva (Hu-Friedy Mfg. Co., LLC - Chicago, Illinois, EUA) foram dados os acabamentos das papilas interdentais.



Figura 2- Passo a passo da gengivoplastia. A) Pontos sangrantes feitos para guiar a incisão. B) Incisão feita com gengivótomo de Kirkland. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

A técnica não foi utilizada na unidade 22 visto que o intuito do procedimento era diminuir a discrepância da distância cervico-incisal das demais unidades quando comparadas à ela. Após a remoção do tecido incisado sempre foi feita a lavagem da área com soro fisiológico.

Passados 43 dias a cirurgia foi refeita, somente na unidade 12 que ainda ficou discrepante da unidade 22. Foram seguidos os mesmos passos da primeira sessão.

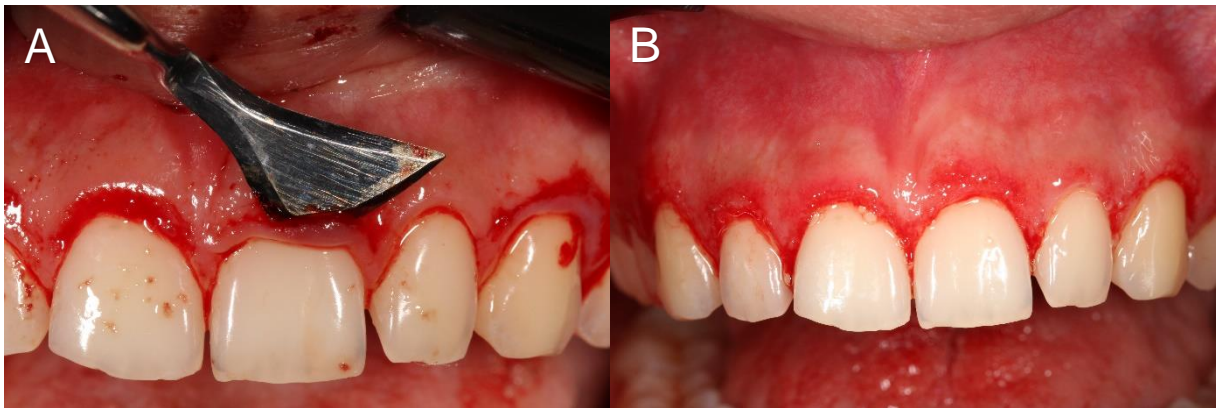


Figura 3- Finalização do procedimento. A) Remoção do tecido incisado. B) Aspecto final, após afilamento das margens e das papilas. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

Após o período de cicatrização tecidual, foram realizadas 2 sessões de clareamento dental em consultório com o peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP Maxx (FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil)), seguindo as indicações do fabricante, com uma semana de intervalo entre elas. Com o adequado afastamento dos tecidos moles utilizando afastador bucal (Expandex, Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A.– Maringá-PR, Brasil) e barreira gengival (Top Dam – FGM, Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) foi iniciada a aplicação do gel nas faces vestibulares entre pré-molares tanto superiores como inferiores, deixando agir por 45 minutos, trocando o gel por três vezes a cada 15 minutos. Ao final, os dentes foram lavados abundantemente com água, a barreira gengival foi removida e então o flúor em gel (Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A.– Maringá-PR, Brasil) foi aplicado durante 4 minutos.

Para terceira parte do tratamento optou-se pelo fechamento dos diastemas e reanatomização utilizando a técnica da mão livre com resina composta (Harmonize – KaVo Kerr, Brea, Califórnia, EUA), abdicando das etapas de planejamento em modelos.

Antes de iniciar o procedimento foi realizada profilaxia com pasta profilática e escova de Robinson. A cor da resina composta escolhida foi a XL (Harmonize – KaVo Kerr, Brea, Califórnia, EUA) e decidiu-se por não utilizar isolamento absoluto, e sim relativo com fio retrator (Retraflex 000 – Biodinâmica, Ibiporã-PR, Brasil) e fita para isolamento (Fita Veda Rosca – Grupo Tigre S.A, Joinville-SC, Brasil) para melhor visualização e acesso cervico-incisal das unidades envolvidas (Figura 4A).

O condicionamento dental foi feito com ácido fosfórico (Condicionador Ácido Fosfórico Condac 37% – FGM, Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) por 30 segundos, lavagem abundante com água no dobro de tempo do condicionamento. Em

sequência foi aplicado o sistema adesivo (Ambar APS – FGM, Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) por 20 segundos com o auxílio do microaplicador (Aplik Regular – Londrina, PR, Brasil) secado, e posteriormente, fotopolimerizado (Emitter Now – Schuster Equipamentos Odontológicos, Santa Maria-RS, Brasil).

A confecção do facetamento foi iniciado com a inserção da resina (Harmonize – KaVo Kerr, Brea, Califórnia, EUA) com auxílio de uma espátula (Espátula para Resina de Titânio Tipo Suprafill Millennium – Golgran, São Caetano do Sul-SP, Brasil) e fita banda matriz de poliéster (TDV Dental Ltda – Pomerode-SC, Brasil) na face palatina da unidade 11, aumentando levemente a incisal fornecendo uma estrutura para a aplicação subsequente das próximas camadas de resina. Logo em seguida à polimerização, foram confeccionadas as arestas proximais e, conseqüentemente, os pontos de contato. A mesma resina também foi utilizada para o recobrimento vestibular. Foi incrementada atentando-se à sua espessura decrescente em direção à borda incisal, como ocorre no dente natural, seu acabamento foi dado inicialmente com um pincel pelo de marta (Kota – Cotia-SP, Brasil) e foi polimerizada (Figura 4B).

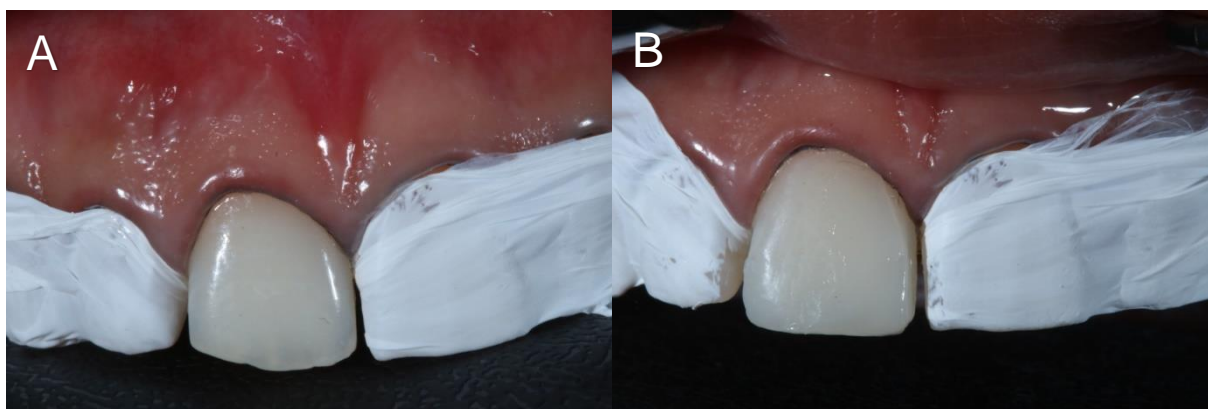


Figura 4 – Unidade 11. A) Vista aproximada, antes do facetamento. B) Vista aproximada, depois do facetamento. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

Esse processo se repetiu nas unidades 12, 13, 14, preocupando-se sempre quanto à espessura do recobrimento vestibular para construir um arco dentário alinhado (Figura 5A). O mesmos passos foram seguidos nas unidades 21, 22, 23, 24 e após a finalização foram utilizadas tiras de lixa de poliéster (TDV Dental Ltda – Pomerode-SC, Brasil) para polir as áreas interproximais e lâminas de bisturi número 12 para remover os excessos gengivais (Figura 5B).



Figura 5- Aspecto inicial do facetamento. A) Facetamento de meio arco, lado direito. B) Facetamento de arco completo. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

A realização da remoção dos excessos foram realizados com a ponta diamantada 3195F (Microdont – Socorro-SP, Brasil) e discos de lixa (Sof-Lex Pop On, 3M – Saint Paul, Minnesota, EUA), (Figura 6A).

A reanatomização juntamente ao ajuste oclusal e acabamento foram feitos com as pontas diamantadas 3195F e FF, 2135F e 1190F (Microdont – Socorro-SP, Brasil) com o objetivo de trazer a restauração maior naturalidade. Foram executadas texturizações verticais e sulcos longitudinais que são decorrentes do desenvolvimento da unidade dentária.

O polimento das facetas foram executados com o auxílio de polidores de granulação grossa, média e fina (Kit Acabamento e Polimento de Resina Completo Ultra-Gloss - American Burrs – Palhoça-SC, Brasil). (Figura 6B). A sessão foi finalizada com instruções de higiene oral à paciente para maior longevidade das restaurações.

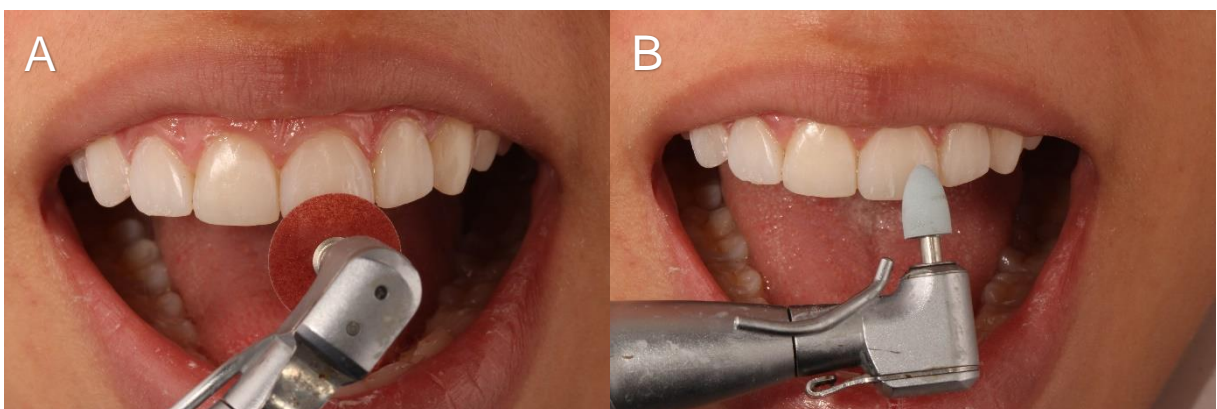


Figura 6- Acabamento e polimento. A) Remoção dos excessos com disco de lixa. B) Polimento com ponta de borracha. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

Após a finalização do tratamento pode-se observar a melhora na estética do sorriso da paciente em relação à coloração, proporção e alinhamento, trazendo benefícios consequentemente à função, devolvendo guia anterior e laterais mutuamente protegidas. (Figura 7A e 7B).

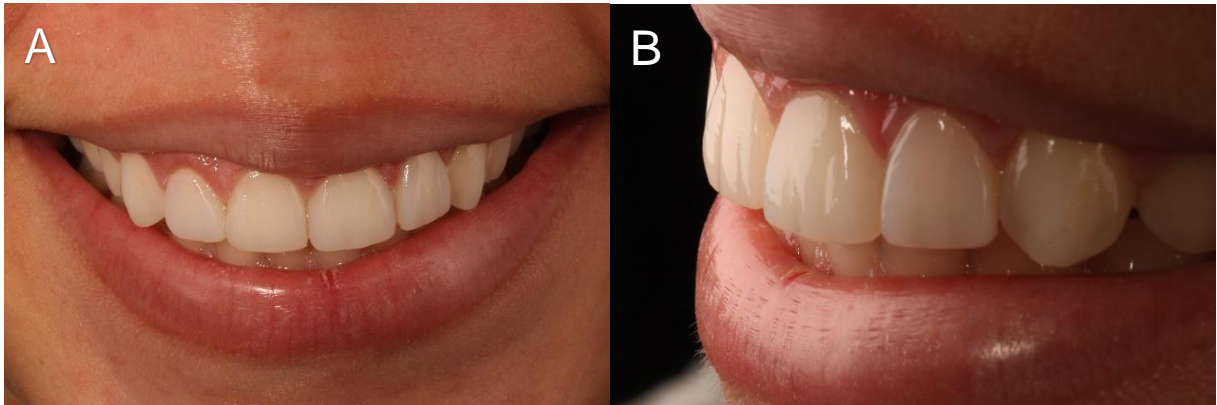


Figura 7 - Aspecto final do tratamento. A) Vista extraoral do sorriso. B) Vista aproximada lateral do sorriso. Fonte - Arquivo pessoal dos autores.

4 DISCUSSÃO

A integração dos elementos dentais com as gengivas, lábios, sorriso e face do paciente é fundamental no sucesso do procedimento restaurador estético (GONÇALVES et al, 2017). A associação da cirurgia periodontal com procedimentos restauradores demonstra resultados satisfatórios para a reabilitação funcional e estética do sorriso, principalmente nos casos de diastemas (SANTOS, 2017).

Os espaços localizados entre os incisivos centrais superiores e/ou inferiores ao serem fechados devem alcançar uma proporção harmônica de largura dentária. A gengivoplastia, cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica, é uma boa opção que possibilita o fechamento de diastemas em pacientes que possuem coroas clínicas curtas sem que haja um prejuízo na harmonia dentofacial (CASTRO et al, 2019) e, devolve ainda aos contornos gengivais regularidade. O contorno gengival no sextante anterior deve ser simétrico e as alturas das margens gengivais dos caninos e incisivos centrais devem estar alinhadas verticalmente (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011).

Segundo Chu et al. (2009), a localização dos pontos de zênite é outra consideração importante na correção de diastemas. O zênite gengival é definido como o ponto mais apical da gengiva marginal. Sua forma e a localização é determinada pela anatomia e contornos do dente, a posição do dente dentro do arco, extensões de esmalte e a saúde da fixação dos tecidos moles. Sob condições anatômicas normais, a localização do ponto zênite é na linha média dos incisivos laterais e caninos, e nos incisivos centrais 1 mm distal à linha média (MAGNE; BELSER, 2002).

O plano de tratamento elencado deve ser bem aceito pelo paciente (ROMERO et al, 2017). Neste caso clínico, as margens gengivais não ficaram exatamente alinhadas no sentido vertical visto que, para tal situação, necessitaria de uma abordagem mais invasiva, como a osteotomia, que era uma contravontade da paciente.

Ainda, a paciente solicitou o clareamento para melhora da estética, realizado anteriormente ao fechamento dos diastemas com resina composta. O clareamento em consultório feito com peróxido de hidrogênio é simples, o produto é de fácil manipulação e entrega um bom resultado e prognóstico (MODENA et al, 2015), contudo, não deve ser realizado pouco antes do procedimento restaurador (TREDWIN et al, 2006), é aconselhável aguardar um período de 15 dias para atingir a estabilidade da cor.

A principal queixa da paciente, o diastema, foi solucionado com resina composta

por proporcionar uma reabilitação conservadora e ser um tratamento estético imediato. As resinas tem apresentado melhorias com o avanço tecnológico. Dentre elas, propriedades favoráveis em relação à durabilidade, custobenefício e estética (FURUSE; HERKRATH; FRANCO, 2007), além da possibilidade de obterem-se restaurações intensamente aderidas à estrutura dental, especialmente aquelas confeccionadas sobre esmalte (RABELLO; VARANDA; MORO, 2016).

As restaurações diretas em resina composta podem ser indicadas em casos de pequenos diastemas, podendo ser realizadas em sessão única e proporcionando um resultado estético favorável (SOUSA et al, 2019), como no presente caso. Além disso, na maioria dos casos, pouca ou nenhuma preparação de dente é necessária, ao contrário das restaurações indiretas que dispõem de uma abordagem restauradora mais agressiva (OQUENDO; BREA; DAVID, 2011). Benefícios adicionais das restaurações diretas em resina composta incluem a facilidade de reparo intraoral, a capacidade de esculpir a restauração, e redução custos sem a necessidade incluir taxas de laboratório (CALAMIA; PANTZIS, 2015).

Criar uma restauração que foi previamente encerada simulando o fechamento dos diastemas e a construção de uma matriz de silicone que oriente a sua proporção final é um método comum para este tipo de caso (KORKUT; YANIKOGLU; TAGTEKIN, 2016). No entanto, neste relato de caso, outra técnica foi usada sem tal matriz. O diastema da linha média foi fechado através da técnica da mão livre, construindo as superfícies dentais, uma a uma, pela necessidade de finalizar o caso e não haver tempo hábil para encerramento.

Ainda, esse procedimento deve ser realizado nos casos de pacientes com excelente higiene bucal e a restauração deve ter um bom acabamento e polimento. Caso contrário, existe o risco de perder controle sobre o condicionamento gengival por causa do processo inflamatório (ARAUJO; FORTKAMP; BARATIERI, 2009) que ocorre na superfície dos dentes e restaurações como resultado da presença placa bacteriana.

Tanto a integridade biológica dos tecidos, quanto a manutenção de restaurações com maior longevidade dependem significativamente do relacionamento estreito entre os procedimentos restauradores e a saúde gengival (MODENA et al, 2015). Um plano de tratamento bem estudado e protocolo clínico adequado são indispensáveis para o sucesso cirúrgico-restaurador.

5 CONCLUSÃO

O tratamento integrado com a remodelação gengival e fechamento do diastema com resina composta otimizou o resultado final de forma estética e conservadora. A avaliação integrada para tratar casos como o citado deve sempre ser realizada para obter um melhor resultado.

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Renato Rodrigues de; et al. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial. Maringá**, v. 9, n. 3, p. 137-156, 2004.
- ARAÚJO, Edson Medeiros de; FORTKAMP, Saulo; BARATIERI, Luiz Narciso. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: A case report. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 21, n. 4, p. 229–240, 2009.
- CALAMIA, Vincent; ALEXANDRIA, Pantzis. Simple Case Treatment Planning: Diastema Closure. **Dent Clin**, v. 59, n. 1, p. 655–664, 2015.
- CAMPOS, Paulo Ricardo Barros de; *et al.* Isolamento absoluto – o segredo para o sucesso na técnica de fechamento de diastema com resinas compostas. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, v. 02, n. 04, p. 564–574, 2017.
- CHU, C. H.; ZHANG, C. F.; JIN, L. J. Treating a maxillary midline diastema in adult patients: A general dentist's perspective. **Journal of the American Dental Association**, v. 142, n. 11, p. 1258–1264, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2011.0110>>.
- CHU, Stephen J. *et al.* Gingival zenith positions and levels of the maxillary anterior dentition. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 21, n. 2, p. 113–120, 2009.
- CORREIA, Almeida; *et al.* Esthetic Resolution of Gummy Smile Through Gingivoplasty Technique: a Case Report. **BJSCR**, v. 14, n. 3, p. 65–69, 2016.
- DANIELA, Laís; *et al.* Fechamento de diastema com resina composta direta - relato de caso clínico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. v. 70, n. 3, p. 317–322, 2016.
- FRANCISCHONE, Ana Carolina. Prevalência Das Proporções Áurea e Estética Dos Dentes Ântero-Superiores e Respectivos Segmentos Dentários Relacionadas Com a Largura Do Sorriso Em Indivíduos Com Oclusão Normal. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- FRESE, Cornelia; *et al.* Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. **Journal of Dentistry**, v. 41, n. 11, p. 979–985, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.009>>.
- KABBACH, William; SAMPAIO, Camila S.; HIRATA, Ronaldo. Diastema closures: A novel technique to ensure dental proportion. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 30, n. 4, p. 275–280, 2018.
- KEENE, Harris J. Distribution of diastemas in the dentition of man. **American Journal of Physical Anthropology**, v. 21, n. 4, p. 437–441, 1963.
- KORKUT, Bora; YANIKOGLU, Funda; TAGTEKIN, Dilek. Direct Midline Diastema Closure with Composite Layering Technique: A One-Year Follow-Up. **Case Reports in Dentistry Hindawi**, v. 16, 2016. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/6810984/#references>>

MODENA, Karin Cristina da Silva; et al. Multidisciplinary esthetic approach for multiple anterior diastema: 36-month clinical performance. **Brazilian Dental Science**, v. 18, p. 110-119, 2015.

OQUENDO, Anabella; BREA, Luis; DAVID, Steven. Diastema: Correction of Excessive Spaces in the Esthetic Zone. **Dental Clinics of NA**, v. 55, n. 2, p. 265–281, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2011.02.002>>.

PEREIRA, Analice Giovani; *et al.* Periodontal and Restorative Treatment of Gingival Recession Associated with Non-Carious Cervical Lesions: Case Study. **Journal of the International Academy of Periodontology**, v. 18, n. 1, p. 16–22, 2016.

PINTO, Tiffany Brito. Técnicas de Correção do Sorriso Gengival. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016.

RIBEIRO, Gerson U; *et al.* A invaginação gengival e o fechamento ortodôntico de espaços de extrações: conduta clínica. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial. Maringá**, v. 9, n. 3, p. 77-82, 2004.

ROMERO, Mario F; *et al.* A multidisciplinary approach to the management of a maxillary midline diastema: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 119, n4, p. 502–505. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.06.017>>.

SANTOS, Felipe Rychuv; *et al.* Correction of gummy smile prior to restorative procedures: case report. **RSBO**, v. 13, n. 2, p. 124-130, 2017.

SIMON, Ziv; *et al.* Eliminating a Gummy Smile with Surgical Lip Repositioning. **Journal of Cosmetic Dentistry**, v. 23, n. 1, p. 100–108, 2007.

SOUSA, Silas J. B.; *et al.* Periodontal Plastic Surgery Associated With Composite Resin Restorations: Case Report. **Rev Odontol Bras Central**, v. 19, n. 51, p. 362–366, 2010.

TARNOW, Dennis P; CHU, Stephen J; KIM, Jason J. Aesthetic Management of Non-vital Discolored Teeth With Internal Bleaching. **Med J Armed Forces India**, v. 71, n. 2, p. 462–465, 2008.

TREDWIN, C. J.; et al. Hydrogen peroxide tooth-whitening (bleaching) products: Review of adverse effects and safety issues. **British Dental Journal**, v. 200, n. 7, p. 371–376, 2006.