

ACOMPANHAMENTO DE RESTAURAÇÕES EM DIASTEMAS ANTERIORES COM RESINA COMPOSTA PELA TÉCNICA DA BARREIRA PALATINA: RELATO DE CASO

FOLLOW-UP OF ANTERIOR TEETH DIASTEMA RESTORATION WITH COMPOSITES USING PALATINE BARRIER TECHNIQUE: CASE REPORT

Aline T. BRAGA¹; Débora D. H. MONTEIRO²; Laís S. MUNARI³; Tulimar P. M. CORNACCHIA⁴

1- Cirurgiã-dentista, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU);

2- Mestre em Dentística, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

3- Doutora em Dentística, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

4- Doutora em Dentística, Professora associada da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

RESUMO

A presença de diastemas ântero-superiores pode influenciar negativamente os aspectos estético e psicológico do indivíduo. O objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso clínico em que foi realizado o fechamento de diastemas ântero-superiores com restaurações em resina composta, utilizando a técnica da barreira palatina e seu acompanhamento por dois anos. Diante do planejamento e terapia executados no caso clínico apresentado, pode-se concluir que a técnica restauradora

utilizando resinas compostas e barreira palatina, quando corretamente indicada, pode ser considerada uma alternativa de tratamento bastante satisfatória no fechamento de diastemas e na reanatomização de dentes por ser uma técnica simples, de baixo custo e por melhorar a estética do sorriso preservando a estrutura dental hígida. O repolimento anual está indicado para a preservação da cor das restaurações.

PALAVRAS-CHAVE: Estética dentária; Diastema; Resinas compostas; Técnicas de planejamento.

INTRODUÇÃO

O diastema pode ser definido como a ausência de contato entre dois ou mais dentes adjacentes. No caso dos incisivos centrais superiores, a visualização deste espaço é mais evidente e pode tornar-se desagradável sob o ponto de vista estético e psicológico para alguns, apesar de funcionalmente, reduzir muito pouco ou nada a eficiência mastigatória¹.

A etiologia dos diastemas em adultos está frequentemente relacionada a anomalias de tamanho e forma. Discrepâncias dento-alveolares, geralmente, resultam de desarmonias entre o tamanho da arcada dentária e a largura dos dentes. Entretanto, vários fatores podem também estar envolvidos na etiologia de diastemas, tais como: hereditariedade ou etnia; baixa inserção do freio labial; hábitos deletérios ou função muscular desequilibrada; defeitos na sutura intermaxilar; acentuado trespasse vertical; condições patológicas como agenesia parcial, dentes supranumerários, odontomas, cistos e fenda palatina; mecanismos ortodônticos, como a expansão rápida da maxila e movimentos distais; migração dental fisiológica ou patológica².

No entanto, nem todos os diastemas devem ser vistos pelo cirurgião-dentista como uma necessidade de correção. O paciente deve relatar suas queixas, necessidades e expectativas de forma espontânea, que devem ser consideradas no processo de planejamento do tratamento favorecendo maior satisfação com os resultados. O tratamento de diastemas visa, principalmente, a criação de uma forma anatômica em harmonia com os dentes adjacentes, arco

e forma facial, mantendo um ambiente de excelente saúde gengival e de uma oclusão estável e funcional².

Diante de dentes com diastemas, localizados ou múltiplos, várias são as opções de tratamento estético para a resolução clínica do problema, de forma isolada ou associada a outras especialidades. A seleção do tratamento depende de fatores como a necessidade estética, condição socioeconômica, oclusão, tempo disponível para a realização do tratamento, competência e habilidade do cirurgião-dentista em planejar e executar o tratamento³.

As técnicas restauradoras diretas e indiretas associadas ou não ao tratamento ortodôntico são as opções de tratamento para os diastemas. Os procedimentos diretos, além de serem considerados minimamente invasivos, podem ser reversíveis e apresentam menor custo e tempo de tratamento⁴.

O objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso clínico em que foi realizado o fechamento de diastemas ântero-superiores com restaurações em resina composta, utilizando a técnica da barreira palatina e seu acompanhamento por dois anos.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, procurou atendimento odontológico na Clínica de Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) insatisfeito com a estética do seu sorriso. No exame clínico foram constatados diastemas entre os dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23, além de uma sutil giroversão no dente 22 (Figura 1). A linha

média, as guias anterior e canina estavam satisfatórias e os dentes hígidos e bem posicionados em relação às linhas faciais. Um plano de tratamento foi planejado e proposto, envolvendo clareamento exógeno e posterior reanatomização dos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 de modo conservador com resina composta de inserção direta.

A cor inicial foi selecionada por visualização direta com luz natural e comparação com a escala Vita Clássica (Vitado Zahnfabrik, Sackingen, Alemanha). O clareamento exógeno foi realizado com a técnica de moldeiras customizadas para uso caseiro. Foi empregado um gel clareador de peróxido de carbamida, na concentração de 16% (Nite White ACP, Discus Dental Inc, EUA). O paciente foi orientado quanto à dosagem do gel clareador e fez uso noturno do gel ininterruptamente por 30 dias, sendo 15 dias para cada arco.

No próximo passo do tratamento, foi realizada moldagem dos arcos superior e inferior com hidrocolóide irreversível (Jeltrate Dustless, Dentsply Corporate, York, EUA) (Figura 2) e imediatamente após, o vazamento de gesso tipo IV para obtenção dos modelos de estudo (Figura 3). Os modelos de estudo foram montados em articulador semi-ajustável, analisados e encerados para melhoria da harmonia estética do sorriso. O enceramento fechou os diastemas existentes e melhorou as discrepâncias de angulação existentes, baseando-se nos cálculos de proporção áurea e no formato invertido do rosto do paciente para o estabelecimento da nova anatomia de cada dente. Após 21 dias da finalização do clareamento exógeno do arco superior (Figura 4), foi confeccionada uma barreira palatina com silicone de condensação pesado (Speedex - Coltène Whaledent®, Rio de Janeiro, Brasil), a partir do modelo de estudo encerado para servir de guia para as reconstruções em resina composta. A barreira de silicone foi recortada após a presa do material com lâmina de bisturi número 15 (Solidor, Sezhou Kyuan Medical App Co. Ltd, China) de forma a manter apenas a palatina e a incisal da barreira para ser apoiada na palatina dos dentes, servindo de índice para orientação na relação altura/largura dos elementos a serem reanatomizados.

A nova cor dos dentes foi selecionada após o clareamento dental, da mesma forma descrita anteriormente, e a sequência de cores escolhida para as restaurações foi A1B, WE e AT, de uma resina composta de nanopartículas (Filtek Z350XT, 3M ESPE, St Paul, EUA).

O isolamento absoluto do campo operatório nos dentes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 24 foi realizado (Figura 5) e procedeu-se à microabrasão do esmalte com ponta diamantada número 2135 (KG Sorensen, Barueri, Brasil) em baixa rotação e em seguida ao condicionamento total do esmalte com ácido fosfórico a 37% (Dentalville do Brasil LTDA., Joinville, Brasil) por 30 segundos. Após esse tempo, o ácido foi removido, lavando-se pelo mesmo tempo de aplicação e seguido do controle de umidade com leves jatos de ar. Em seguida, a aplicação ativa do sistema adesivo de frasco único Adper Single Bond 2 foi realizada (3M ESPE, St Paul, EUA) com um aplicador fino (Cavibrush, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Santa Catarina) em duas camadas, esperando o tempo de evaporação do solvente (20 segundos) e removendo o excesso de adesivo com papel absorvente antes da fotopolimerização. A fotopolimerização foi realizada com um aparelho fotoativador (LED Bluephase 20I, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), previamente calibrado para 20 segundos no modo "soft", que se refere à fotopolimerização com intensidade crescente temporizada. Feito isso, a barreira de silicone foi posicionada por palatina (Figura 6) foram realizadas

as restaurações de resina composta pela técnica incremental, com a sequência de resinas selecionadas, iniciando com incrementos da cor A1B por palatina (Figura 7), em seguida WE, até o último incremento da cor AT. Foram utilizadas tiras de poliéster (3M ESPE, St Paul, EUA) para facilitar a reanatomização das faces palatinas e proximais, e as camadas vestibulares foram acomodadas com pinéis nº 1 e nº 3 (Cosmedent Inc., Chicago, EUA).

Após a finalização da nova forma anatômica, o isolamento absoluto foi removido e foi realizado o ajuste oclusal das restaurações de acordo com a máxima intercuspidação habitual do paciente, nos movimentos excursivos da mandíbula e na protrusiva, com tiras de carbono extrafinas (Accufilm II, Parkell, EUA) e pontas diamantadas de número 1014 (KG Sorensen, Barueri, Brasil) e 1111 (KG Sorensen, Barueri, Brasil). O acabamento foi realizado com a ponta 3195FF (KG Sorensen, Barueri, Brasil). Após 21 dias, o paciente retornou para o polimento final (Figura 8), que foi realizado no sentido resina-dente com uma sequência de discos de três granulações decrescentes com sistema "pop on" (Sof-lex, 3M ESPE, St Paul, EUA) e pasta para polimento de resinas compostas (Enamelize, Cosmedent, Chicago, EUA) aplicada com disco de feltro (Diamond Flex, FGM Produtos Odontológicos, Joinville, Santa Catarina). Para as áreas interproximais foram utilizadas tiras de lixa de poliéster (3M ESPE, St Paul, MN, USA).

O paciente retornou anualmente para o repolimento das restaurações, a fim de propiciar a manutenção da cor da resina composta. O acompanhamento foi feito durante dois anos (Figura 9).



Figura 1 - B Foto inicial.



Figura 2 - Moldagem com hidrocolóide irreversível.



Figura 3 - Modelos de estudo.



Figura 7 - Primeiros incrementos de resina composta colocados na face palatina.



Figura 4 - Dentes superiores após clareamento.



Figura 8 - Aspecto final das restaurações.



Figura 5 - Dentes com isolamento absoluto.



Figura 9 - Acompanhamento de dois anos.



Figura 6 - Barreira palatina em posição.

DISCUSSÃO

O conceito de beleza é próprio de cada indivíduo, sendo influenciado pelo gênero, escolaridade, experiências pessoais e pela sociedade. Considerando os cirurgiões-dentistas como responsáveis pela obtenção de sorrisos saudáveis e estéticos, o nível de satisfação dos pacientes ao final do tratamento depende não só da qualidade técnico-científica dos procedimentos, mas também da coincidência entre as expectativas do paciente e os objetivos do profissional⁵. Alterações dentárias de forma, tamanho, cor e posição, são frequentes e comuns na clínica diária⁴. Dentre as alterações mais comuns, estão os diastemas ântero-superiores⁶.

Em relação ao clareamento dental, esse não está associado a

danos visíveis aos tecidos dentários clinicamente; entretanto, há preocupações quanto às alterações de superfície na topografia do esmalte⁷. Em dentes clareados observam-se alterações na lisura superficial e microdureza⁸, como aumento de porosidade, depressões e irregularidades na superfície do esmalte⁹.

O esmalte de dentes clareados mancha-se mais do que nos não clareados quando em contato com uma bebida pigmentante e essa descoloração se dá de forma mais evidente logo após o tratamento clareador¹⁰. A remineralização do esmalte dificulta a absorção dos corantes, gerando uma melhor manutenção do resultado obtido com o tratamento clareador. O tratamento com o complexo fosfopeptídico da caseína-fosfato de cálcio amorfo (CPP-ACP) no esmalte clareado foi capaz de minimizar a absorção de pigmento e proporcionar uma maior estabilidade de cor¹¹. Estudos anteriores comprovaram o efeito remineralizador do complexo CPP-ACP^{12,13}. A inclusão de ACP na fórmula do agente clareador promoveu uma tendência à diminuição da rugosidade de superfície do esmalte durante o clareamento¹⁴. O clareador exógeno para o presente caso foi escolhido por possuir em sua fórmula esse complexo de fosfato de cálcio amorfo, capaz de remineralizar o esmalte^{11,12}, diminuindo portanto a rugosidade final da superfície¹⁴ e favorecendo assim a manutenção da cor resultante do clareamento dentário¹¹. Além disso, este clareador é capaz de induzir clareamento significativo com menos relatos de sensibilidade¹⁵.

Dentes anteriores podem ser satisfatoriamente restaurados com resinas compostas graças ao advento da tecnologia adesiva e à consistente melhoria das propriedades do material. Com o intuito de reproduzir as caracterizações da estrutura dentária ou simplesmente para obter o “efeito camaleão”, os cirurgiões-dentistas devem se familiarizar com os vários tons, translucidez e opacidades de cada sistema de resina composta. Para assegurar a capacidade de mimetização das resinas, a técnica da barreira palatina está indicada, por favorecer a obtenção de uma restauração definitiva com mais chances de ser esteticamente satisfatória¹⁶. Ela facilita a obtenção de uma anatomia dental correta, exigindo menos da habilidade de cada profissional para devolver a estética, forma e conseqüentemente a função dental.

As resinas compostas de nanopartículas possibilitam restaurar forma e função dentária, respeitando as características da cor, translucidez e opalescência, fazendo a biomimetização da estrutura dentária e ampliando, assim, sua indicação para a recuperação da harmonia estética da região anterior. É preciso, no entanto, que o profissional entenda o comportamento dos tecidos dentários sob a incidência da luz, para que seja obtido um resultado restaurador com margens imperceptíveis¹⁷.

Existem várias resinas compostas no mercado com características ópticas e mecânicas cada vez mais semelhantes às da estrutura dentária humana¹⁸. A técnica de estratificação é indicada para facilitar a mimetização da estrutura dental, pois facilita a acomodação das camadas de resina de forma natural, e permite uma melhor reprodução da translucidez da estrutura dentária adjacente para criar um efeito óptico harmônico, especialmente nos casos em que há grande demanda estética¹⁹. A forma anatômica e a reprodução policromática dos dentes é que vai ditar se as restaurações finais serão imperceptíveis²⁰. De todas as estruturas dentárias, o esmalte parece ser a entidade óptica mais difícil de se reproduzir, já que nenhum sistema de resina composta se comporta exatamente como essa²¹. As camadas existentes nos dentes naturais são de estrutura

superficial e morfologia irregular em relação à espessura. Caso seja incluída na restauração uma camada muito espessa de resina para esmalte sobre a camada de dentina, a restauração tenderá a parecer mais escura e com tons esverdeados e azulados¹⁸.

Para qualquer situação clínica é importante que o profissional opte pela abordagem mais conservadora de tratamento, para garantir a maior preservação possível de estrutura dental sadia. A técnica restauradora direta ainda é a mais conservadora²² para os casos semelhantes ao descrito neste trabalho, além de assegurar a sua conclusão dentro dos pilares fundamentais da saúde, função e estética. É necessária a conscientização por parte do profissional de que o tratamento conservador será, na maioria das vezes, a melhor escolha para o paciente.

O paciente foi devidamente informado de que a saturação e textura do material poderá se alterar com o tempo e que isso pode fazê-lo requerer um repolimento, reparo ou substituição dessas restaurações no futuro^{23,24}. Uma boa qualidade de higiene bucal é fundamental para a manutenção da cor, já que remove pigmentações extrínsecas de alimentos e bebidas. O tipo de bebida pigmentante e tempo de contato com o dente são fatores que afetam significativamente a estabilidade de cor das resinas compostas²⁵, assim como o procedimento de polimento realizado^{26,27}. O polimento da restauração foi realizado no sentido resina composta-estrutura dentária, para preservar a integridade marginal da restauração. A direção de polimento pode prejudicar a adaptação marginal da resina composta, sendo indicado o sentido resina-dente sempre que possível²². O acompanhamento profissional permite a detecção de pequenas imperfeições no tratamento estético realizado, as quais na maioria das vezes podem ser resolvidas com procedimentos simples como o reparo²⁸. O repolimento pode ser um método alternativo para a remoção do manchamento, caso ele seja apenas superficial, evitando-se a substituição de restaurações funcionais²³. No caso clínico apresentado foi realizado o acompanhamento das restaurações por dois anos e repolimento anual.

Essa modalidade de tratamento com resinas compostas apresenta algumas limitações como o surgimento de microtrincas, pequenas fraturas ou lascas, principalmente quando associadas a cargas oclusais críticas²⁹. Após um ano e meio do término do tratamento restaurador, o paciente sofreu um traumatismo na região anterior, que levou a uma pequena fratura Classe IV do dente 21. Foi realizado um reparo em resina composta com o auxílio da barreira palatina. Esta também foi confeccionada com o molde do enceramento diagnóstico previamente realizado. A barreira palatina também se constitui em um método auxiliar importante para recompor a forma anteriormente obtida, quando ocorrem pequenas fraturas decorrentes de traumatismo ou bruxismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do planejamento e terapia executados no caso clínico apresentado, pode-se concluir que a técnica restauradora utilizando resinas compostas e barreira palatina, quando corretamente indicada, pode ser considerada uma alternativa de tratamento bastante satisfatória no fechamento de diastemas e na reanatomização de dentes por ser uma técnica simples, de baixo custo e por melhorar a estética do sorriso preservando a estrutura dental hígida. O repolimento anual das restaurações está indicado para preservação da cor e manutenção estética da restauração.

REFERÊNCIAS

01. Rosa FM, Hammerschmitt T, Zancher M, Pozzobon R. A importância do enfoque multidisciplinar no recontorno estético de diastemas e incisivos conóides. *Clínica – Int. J. Braz. Dent.* 2007; 3(1): 42-8.
02. Kyrillos M, Moreira M, Calicchio L. A arquitetura do sorriso. São Paulo: Quintessence Editora; 2013. p. 413.
03. Hoepfner MG, Pfau EA, Pereira SK, Caccia PI, Basso AC. Resolução estética de dentes com diastemas: 10 anos de preservação clínica. *Rev. dental press estét.* 2009; 6(3): 68-78.
04. Cardoso N. Finalização de tratamento ortodôntico com fechamento de diastemas pela técnica direta. *Clínica – Int. J. Braz. Dent.* 2008; 4(3): 262-72.
05. Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CAA. Análise Facial Subjetiva. *R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial Maringá.* 2006; 11(5): 159-172.
06. D'altoé LF. Reanatomização de dentes ântero-superiores com resinas compostas: relato de caso clínico. *Clínica – Int. J. Braz. Dent.* 2007; 3(4): 374-381.
07. Wiegand A, Schreier M, Attin T. Effect of different fluoridation regimes on the microhardness of bleached enamel. *Operative Dentistry.* 2007; 32(6): 610-615.
08. Pinto CF, Oliveira R, Cavalli V, Giannini M. Peroxide bleaching agent effects on enamel surface microhardness, roughness and morphology. *Braz Oral Res.* 2004; 18(4): 306-11.
09. Ferreira SD, Araújo JL, Morhy ON, Tapety CM, Youssef MN, Sobral MA. The effect of fluoride therapies on the morphology of bleached human dental enamel. *Microscopy Research and Technique.* 2011; 74(6): 512-516.
10. Berger SB, Coelho AS, Oliveira VA, Cavalli V, Giannini M. Enamel susceptibility to red wine staining after 35% hydrogen peroxide bleaching. *J Appl Oral Sci.* 2008; 16(3): 201-204.
11. Singh RD, Ram SM, Shetty O, Chand P, Yadav R. Efficacy of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate to prevent stain absorption on freshly bleached enamel: An in vitro study. *J Conserv Dent.* 2010; 13(2): 76-79.
12. Jayarajan J, Janardhanam P, Jayakumar P, Deepika. Efficacy of CPP-ACP and CPP-ACPF on enamel remineralization: An in vitro study using scanning electron microscope and DIAGNOdent®. *Indian J Dent Res.* 2011; 22(1): 77-82.
13. Reynolds EC. Remineralization of enamel subsurface lesions by casein phosphopeptide-stabilized calcium phosphate solutions. *J Dent Res.* 1997; 76(9): 1587-1595.
14. Abreu DR, Sasaki RT, Amaral FL, Flório FM, Basting RT. Effect of home-use and in-office bleaching agents containing hydrogen peroxide associated with amorphous calcium phosphate on enamel microhardness and surface roughness. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* 2011; 23(3): 158-168.
15. Grobler SR, Majeed A, Moola MH, Rossouw RJ, Kotze TVW. In vivo spectrophotometric assessment of the tooth whitening effectiveness of nite white 10% with amorphous calcium phosphate, potassium nitrate and fluoride, over a 6-month period. *The Open Dentistry Journal.* 2011; 5: 18-23.
16. Mondelli RFL, Apayco LC, Trentino AC, Wang L, Ishikiriyama SK. Challenges of restoring an anterior maxillary tooth: The impact of fluorescence and the mock-up approach. *Quintessence Int.* 2012; 43(10): 859-862.
17. Nahsan FPS, Mondelli RFL, Franco EB, Naufel FS, Ueda, JK, Schmitt VL et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J. Appl. Oral Sci.* 2012; 20(2): 151-156.
18. Friebel M, Pernell ó, Cappius HJ, Helfmann J, Meinke MC. Simulation of color perception of layered dental composites using optical properties to evaluate the benefit of esthetic layer preparation technique. *Dental Materials.* 2012; 28(4): 424-432.
19. Schmeling M, Meyer-Filho A, Andrada MAC, Baratieri, LN. Chromatic influence of value resin composites. *Oper. Dent.* 2010; 35(1): 44-49.
20. Franco EB, Francischone CE, Medina-Valdivia JR, Baseggio W. Reproducing the natural aspects of dental tissues with resin composites in proximo-incisal restorations. *Quintessence Int.* 2007; 38(6): 505-510.
21. Villarroel M, Fahl Jr N, Sousa AM, Oliveira Jr OB. Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins. *J. Esthet. Restor. Dent.* 2011; 23(2): 73-88.
22. Holanda DBV, Simões DMS, Khalili JB. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico. *R. Dental Press Este.* 2006; 3(1): 49-58.
23. Anfe TEA, Agra CM, Vieira GF. Evaluation of the possibility of removing staining by repolishing composite resins submitted to artificial aging. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* 2011; 23(4): 260-267.
24. Furuse AY, Franco EJ, Mondelli J. Esthetic and functional restoration for an anterior open occlusal relationship with multiple diastemata: a multidisciplinary approach. *J. Prosthet. Dent.* 2008; 99(2): 91-94.
25. Malekipour MR, Sharafi A, Kazemi S, Khazaei S, Shirani F. Comparison of color stability of a composite resin in different color media. *Dent. Res. J. (Isfahan).* 2012; 9(4): 441-446.
26. Manolea H, Raca R, Coles E, Preotu G, Mărășescu P. Considerations regarding the optical properties of the composite resin restorative materials. *Current Health Sciences Journal.* 2011; 37(3): 140-144.
27. Sarkis E. Color change of some aesthetic dental materials: effect of immersion solutions and finishing of their surfaces. *The Saudi Dental Journal.* 2012; 24(2): 85-89.
28. Francisconi LF, Freitas MC, Oltramari-Navarro PV, Lopes LG, Francisconi PA, Mondelli RF. Multidisciplinary approach to the establishment and maintenance of an esthetic smile: a 9-year follow-up case report. *Quintessence Int.* 2012; 43(10): 853-858.
29. Dietschi D, Argente A. A comprehensive and conservative approach for the restoration of abrasion and erosion. Part II: Clinical procedures and case report. *The European Journal of Esthetic Dentistry.* 2011; 6(2): 20-33.

ABSTRACT

Anterior diastema may influence negatively the esthetics and psychological aspects of an individual. This study goal is to present a clinical report in which there was restorations of multiple anterior diastema with composites, using the palatine barrier technique and its two year follow-up. Considering the therapy that was planned and executed on this report, we may conclude that the restorative

technique using composites and palatine barrier, when correctly indicated, can be considered a satisfactory treatment alternative for diastema restoration due to its simple execution, low cost and smile esthetics improvement preserving tooth structure. Annual repolishing is indicated for color preservation of the restorations.

KEYWORDS: Dental esthetics; Diastema; Composite resins; Planning techniques.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Dra. Débora Drummond Hauss Monteiro

Av. Xangrilá, 75

CEP 31365-640 – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Tel: +55 31 3496 60 45

E-mail: deborahauss@yahoo.com.br