



Faculdade de Pindamonhangaba



Luciana Corrêa Núbile

POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA CORREÇÃO DE DIASTEMAS

**Pindamonhangaba – SP
2014**



Faculdade de Pindamonhangaba



Luciana Corrêa Núbile

POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA CORREÇÃO DE DIASTEMAS

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. MSc. Mônica Maria Vieira Santiago Fonseca

**Pindamonhangaba – SP
2014**

Núbile, Luciana Corrêa.

Possíveis Tratamentos para o Fechamento de Diastemas/Luciana
Corrêa Núbile/ Pindamonhangaba-SP: FAPI Faculdade de
Pindamonhangaba, 2014.

29f. : il.

Monografia (Graduação em Odontologia) FAPI-SP.

Orientadora: Profa. MSc. Mônica Maria Vieira Santiago Fonsêca

1 Possíveis 2 Tratamentos 3 Fechamento 4 Diastemas I Possíveis
Tratamentos para o Fechamento de Diastemas II Luciana Corrêa
Núbile.



Faculdade de Pindamonhangaba



LUCIANA CORRÊA NÚBILE
POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA CORREÇÃO DE DIASTEMAS

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Delfrides e Sidália, que me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos e sempre estudar.

Ao meu esposo Vitor, por sempre me apoiar.

Às minhas irmãs, que de maneira direta e indireta, sempre me ajudaram nesta jornada.

Aos meus filhos João Guilherme, José Vitor e Pedro Antônio, que sem dúvida foram o meu maior incentivo para que eu buscasse um futuro melhor, e sei que por eles vale a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser meu fiel sustentador.

Agradeço a Faculdade de Pindamonhangaba e a todos os professores que me guiaram neste longo caminho.

Agradeço a professora MSc. Mônica Maria V. S. Fonsêca pelo carinho e a maneira com que me orientou neste trabalho.

RESUMO

Os diastemas, podem ser definidos como o espaço presente entre dois ou mais dentes consecutivos, que geralmente ocorre entre os incisivos centrais superiores. Estes espaços, podem ter origem patológica, fisiológica. Todavia, podem ser causados pela presença de *mesiodens*, por hábitos deletérios e por problemas periodontais, ou até mesmo ter origem étnica. A odontologia apresenta diversos tipos de tratamento para os diastemas. São estes: as restaurações diretas com resina composta, as restaurações indiretas, como facetas de porcelana, lentes de contato dentárias e coroas totais; e tratamento ortodôntico. O objetivo deste trabalho, foi apresentar por meio da revisão da literatura as possíveis formas de tratamento para os diastemas, desde restaurações mais conservadoras diretas, com resina composta, e conservadoras indiretas com facetas cerâmicas e lentes de contato dentárias, e restaurações menos conservadoras, como as realizadas com coroa total. Também, foi abordado o tratamento ortodôntico, que muitas vezes deve ser complementado com tratamentos estéticos. Contudo, pode-se concluir que existem diversos tipos de tratamento para fechamento dos diastemas, sendo que é responsabilidade do Cirurgião Dentista, avaliar a real necessidade do paciente, para que o tratamento de escolha seja o mais conservador possível e com melhor prognóstico, e em casos de restaurações diretas ou indiretas, uma maior longevidade.

Palavras chave: Diastemas; restaurações; resina compostas; facetas de porcelana; coroas totais; lentes de contato dentais; tratamento ortodôntico.

ABSTRACT

The spacing can be defined as the space present between two or more consecutive teeth, which usually occurs between the central incisors superiores. These spaces can be pathological, physiological origin. However, they may be caused by the presence of mesiodens by harmful habits and periodontal problems, or even have ethnic origin. Dentistry has several types of treatment for the diastema. These are: the direct composite resin restorations, indirect restorations such as porcelain veneers, dental contact lenses and crowns; and orthodontic treatment. The objective of this work was to present the possible treatments for spacing from more conservative direct restorations with composite resin, and indirect conservative with ceramic veneers and dental contact lenses, and less conservative restorations, such as those performed with full crown. Also, it was mentioned orthodontic treatment, which often must be complemented with aesthetic treatments. However, it can be concluded that there are several types of treatment for closure of spacing, while the Surgeon Dentist's responsibility to assess the real need of the patient for the treatment of choice is the most conservative possible with better prognosis, and cases of direct or indirect restorations, longevity.

Keywords: diastema; restorations; Composite resin; porcelain veneers; crowns; veneers; orthodontic treatment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MÉTODO.....	10
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1	Fechamento de Diastema com Restauração de Resina Composta Direta.....	11
3.2	Utilização de Facetas de Porcelana para Fechamento de Diastemas.....	13
3.3	Fechamento de Diastemas com Coroa Total.....	14
3.4	Fechamento de Diastema com Tratamento Ortodôntico.....	16
3.5	Fechamento de Diastemas com Lentes de Contato.....	17
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

Os diastemas são os espaços entre dois ou mais dentes consecutivos. Estes espaços podem ocorrer em todos os dentes, tanto em maxila quanto em mandíbula, entretanto, acomete geralmente os incisivos centrais superiores¹.

Alterações de posição dentária, como os diastemas, podem ser de origem específica, como, distúrbios, hábitos, problemas na erupção, desequilíbrio nas forças de oclusão e até mesmo ter origem genética².

Na dentição decídua, é comum, a existência de diastemas entre os dentes anteriores, entretanto estes espaços são fisiológicos, e característicos de arcos de Baume do tipo I, desta forma estes não necessitarão de intervenção ortodôntica, ou de outros tratamentos, como os estéticos, realizados com resina composta³.

Aos sete anos, inicia-se uma fase chamada de “patinho feio”, período em que ocorre a erupção dos incisivos superiores permanentes, e o espaço existente entre os incisivos permanece até a erupção dos caninos permanentes, por volta dos 10 anos de idade. Contudo, este diastema presente durante este período, é considerado totalmente fisiológico⁴.

Doenças periodontais, também podem acarretar migração dentária. Geralmente, esses casos apresentam características, como: diastemas medianos ou espaços generalizados, principalmente nos dentes anteriores, vestibularização dentária exagerada, e extrusão dos incisivos superiores. Quando o paciente apresenta as características citadas, deve-se realizar primeiramente o tratamento periodontal, que se necessário, poderá ser complementado com tratamento ortodôntico e/ou estético⁵.

Hábitos deletérios, como a sucção digital e uso de chupetas, podem acarretar em diastemas. Também, este espaçamento entre os incisivos centrais superiores, pode ocorrer devido à presença do freio labial persistente. Entretanto, a necessidade de uma frenectomia deve ser analisada com cautela, pois a probabilidade de um diastema central numa criança fechar, com a realização ou não deste procedimento cirúrgico é a mesma, no entanto o fechamento acontece mais rápido nos pacientes frenectomizados¹.

Os diastemas, na dentição permanente causam desconforto às pessoas que a possuem, devido à estética, pois o sorriso exterioriza o sentimento de um indivíduo. Logo, a harmonia do conjunto dente-face interfere na auto-estima e personalidade. A Odontologia estética,

além de restaurar os dentes, devolvendo a estética e função dos dentes, renova a auto-estima do paciente. Contudo, existem diversas opções para resolver este problema, como tratamento ortodôntico, restaurações diretas e indiretas ou até mesmo a associação de todas estas técnicas.

O objetivo deste trabalho, foi apresentar as possíveis formas de tratamento para os diastemas, em especial, os que acometem os incisivos centrais superiores, abordando desde o tratamento ortodôntico, até o restaurador direto e indireto.

2 MÉTODO

Este trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica, abordando os artigos científicos nacionais e internacionais mais pertinentes sobre o tema. Foram consultados livros, bancos de dados da internet (como Scielo, Bireme, entre outros), revistas nacionais e internacionais que abordaram o tema em questão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os diastemas são o espaço entre dois ou mais dentes consecutivos, que podem ter origem fisiológica ou patológica. Estes espaços podem ocorrer tanto em maxila quanto em mandíbula, e acometem geralmente os incisivos centrais superiores¹.

Modificações na posição dos dentes, o que é o caso dos diastemas, podem ter origem específica, como, distúrbios, hábitos, problemas na erupção, desequilíbrio nas forças de oclusão e até mesmo ter origem genética².

Os arcos de Baume do tipo I, que são exclusivos da dentição decídua, têm como característica a presença de diastemas entre os dentes anteriores. Entretanto, estes espaços são de origem fisiológica, o que descarta a necessidade de tratamentos ortodônticos e restauradores³.

Por volta dos 7 anos de idade, a criança passa por uma fase chamada de “patinho feio”, onde ocorre um diastema entre os incisivos superiores. Neste período, os incisivos superiores permanentes estão erupcionando, e o espaço existente entre os incisivos permanece até a erupção dos caninos permanentes, por volta dos 10 anos de idade. Entretanto, este diastema presente durante este período, é considerado totalmente fisiológico⁴.

Periodontopatias, podem acarretar em uma migração dentária patológica, todavia, esses casos apresentam características distintas, como: diastemas medianos ou espaços generalizados, principalmente nos dentes anteriores, vestibularização dentária exagerada, e extrusão dos incisivos superiores⁵.

A estética insatisfatória dos diastemas, na dentição permanente causa desconforto às pessoas que a possuem. Contudo, existem variadas formas de tratamento para este problema, como tratamento ortodôntico, restaurações diretas e indiretas ou até mesmo a associação de todas estas técnicas^{6,7}.

3.1 Fechamento de Diastema com Restauração de Resina Composta Direta

A resina composta direta é uma das primeiras opções para o fechamento de diastemas, pois a mesma apresenta boa longevidade clínica, e também esta opção de tratamento além de

ser menos invasiva do que as técnicas indiretas, como as coroas totais, também é de baixo custo⁸. Entretanto, as resinas apresentam desvantagens como instabilidade de cor, desgaste e contração de polimerização⁹.

A resina composta, foi o material mais intensamente pesquisado na última década na área da odontologia, a fim de melhorar suas propriedades negativas. Hoje no mercado, existem variados tipos de resinas, que surgiram durante esse processo evolutivo, cada uma com suas indicações e limitações. Estes materiais restauradores, têm demonstrado, que não apenas a quantidade de carga vem sendo alvo de estudos como também seu formato, composição e distribuição, na tentativa de melhorar suas propriedades físicas e ópticas¹⁰.

A presença de diastemas maiores que 0,5mm, entre dois ou mais dentes consecutivos, pode prejudicar a estética do sorriso¹¹. A estética influi no comportamento social, pois as pessoas buscam ficar mais belas a fim de melhorar a auto-estima. Este anseio pelo “belo“ é positivo e vem auxiliar, também, a implantação da saúde psicológica individual. Desta forma, a estética está fortemente ligada ao fator cultural, que é regido pelo tipo de grupo social em que o indivíduo está¹².

De acordo com Araújo et al.¹³ a busca pela estética têm acarretado em uma maior demanda em restaurações adesivas. O constante desenvolvimento de materiais adesivos proporciona uma grande variedade de materiais estéticos que se assemelham à cor dos dentes, assim como com excelentes propriedades mecânicas e físicas, aumentando a facilidade na execução da técnica e longevidade das restaurações. Juntamente à esse desenvolvimento, surge a nanotecnologia, que proporcionou para a Odontologia uma contribuição significativa, no que diz respeito ao aprimoramento das resinas compostas, pois as mesmas apresentam-se com excelentes propriedades mecânicas e físicas, estabilidade de cor, facilidade de escultura, além de excelente polimento.

Um importante aspecto na realização de restaurações de resina composta é em relação à sua lisura superficial. Desta forma, os procedimentos de acabamento e polimento são de suma importância, porque podem interferir na qualidade estética e na longevidade da restauração¹⁰.

A restauração de resina composta para o fechamento de diastemas, têm as seguintes indicações: Em casos onde foi realizado no paciente tratamento ortodôntico e/ou periodontal prévio e estes não foram suficientes para o fechamento total dos diastemas¹⁴. A relação custo benefício, também pode ser considerada como uma indicação para este tipo de tratamento, pois restaurações indiretas, como facetas e coroas de porcelana, tem um alto custo se comparadas as restaurações de resina composta⁹.

A utilização de resinas compostas no tratamento de fechamento de diastemas possui várias vantagens em relação a outras técnicas, como uma maior preservação da estrutura dental, a possível reversão do procedimento, a relação custo-benefício, a menor duração do tratamento e a possibilidade de futura adição incremental ou remoção dos materiais^{8,15}.

Atualmente, a Odontologia restauradora, preserva as estruturas dentais sadias, através dos procedimentos adesivos, pois são menos invasivos, o que garante sucesso clínico e longevidade às restaurações². Entretanto, hábitos nocivos como o tabagismo e a ingestão diária de certas bebidas, com fortes corantes, podem prejudicar diretamente a coloração dos materiais odontológicos utilizados⁸. Contudo, a qualidade da restauração não depende somente do material, mas também de um planejamento e execução feitos da maneira correta, observando a real necessidade do paciente⁶.

3.2 Utilização de Facetas de Porcelana para Fechamento de Diastemas

As facetas de porcelana, além da alta qualidade estética, apresentam um coeficiente de expansão térmica semelhantes as do dente, o que as torna menos propensas ao desgaste, às manchas e à infiltração marginal. Também, são materiais biocompatíveis e retêm uma menor quantidade de biofilme dental, se comparada a outros materiais restaruradores¹⁶.

As porcelanas possuem propriedades óticas que imitam as características de cor e translucidez dos dentes naturais¹⁷. Também, as facetas laminadas conseguiram combinar o requisito conservador de seus preparos com suas qualidades de resistência biocompatibilidade¹⁸.

A utilização das facetas de porcelana, é uma solução muito mais conservadora, pois preservam o remanescente dentário e restitui pequenas diferenças de cor, forma, posição e textura dos dentes¹⁹.

O tratamento com facetas estéticas é indicado em casos de pequenas cáries, abrasão ou atrição, dentes conóides, microdontia, dentes com alteração da coloração, e também, é muito indicado em casos de diastemas. Entretanto, este tipo de tratamento, é contra-indicado em casos de bruxismo e apertamento, pacientes com doença periodontal grave e vestibularização severa. Geralmente, o facetamento de dentes sem estrutura sadia em esmalte, é contra-indicado, mas preparos que invadem a dentina podem ser realizados, contudo os devidos

cuidados com a refrigeração, através da irrigação de caneta de alta rotação, devem ser priorizados²⁰.

Um preparo ideal do dente para a confecção de facetas, deve ficar restrito ao esmalte com margens supragengivais e com um desgaste dental de aproximadamente 0,6 a 0,8mm. Um desgaste adequado da estrutura dental, é de suma importância para que o resultado estético alcance seus objetivos, principalmente quando os dentes possuem alteração na coloração²¹.

A fase de cimentação, é uma das mais importantes no facetamento dos dentes, pois esta envolve muitos passos e para que se obtenha um alto índice de sucesso e longevidade, a cimentação tem que ser adesiva. A escolha correta do agente cimentante, é de grande importância, porque as facetas possuem pequena espessura, por isso, a coloração final desse tipo de restauração é obtida através da combinação de três substratos: remanescente dental, cerâmica e cimento. Também, é importante que todo e qualquer ajuste na faceta, seja feito antes da cimentação permanente, para que o laboratório possa aplicar o glaze final na superfície externa da restauração. Lembrando sempre que mês após a cimentação os ajustes devem ser realizados a fim de evitar traumas oclusais²².

As vantagens das facetas em porcelana são: maior durabilidade, impermeabilidade a fluidos bucais e produtos químicos, biocompatibilidade com periodonto e tecidos adjacentes, resistência a abrasão, estabilidade de cor, lisura superficial dificultando o acúmulo de placa bacteriana. Todavia, elas apresentam desvantagens como, o risco de trincas ou fraturas antes da cimentação, porque é um material friável, desgaste do dente antagonista devido a alta resistência a abrasão, maiores custo e duração do tratamento em relação a restaurações diretas com resina composta²³.

A estética do sorriso influi grandemente na imagem de um indivíduo perante a sociedade. Desta forma, a busca por um sorriso harmonioso tem aumentado, e a cada dia mais, as pessoas têm recorrido a tratamentos dentais, envolvendo estética, principalmente no que se diz respeito a utilização de materiais como a porcelana. Estas, permitem ao profissional realizar grandes mudanças no sorriso dos pacientes. Entretanto, o sucesso no tratamento depende principalmente, que o profissional tenha o domínio da técnica operatória, das características de cada sistema indireto e conhecimento a respeito de cor, anatomia dental e das propriedades físico-mecânicas do material²⁴.

3.3 Fechamento de Diastemas com Coroa Total

Por promover uma estética duradoura e inigualável, as cerâmicas tem ganhado lugar de destaque na Odontologia restauradora. Desta forma, a indicação das coroas totais é ainda mais imperativa em casos de diastemas, onde os dentes envolvidos apresentam-se muito restaurados ou exibindo restaurações de coroas totais deficientes²⁵.

No que se diz respeito a tratamento feito com coroas totais, deve-se levar em consideração que cada material restaurador necessita de uma espessura mínima para suportar as cargas geradas pela mastigação. Em casos de liga metálica, o desgaste mínimo é de 0,5mm em áreas de menor esforço, e de 1,5mm em áreas mais sobrecarregadas. Entretanto, as cerâmicas e os cerômeros, mais frágeis, necessitam para as respectivas áreas o mínimo de 1,0 mm e 1,5 – 2,0 mm de desgaste. Logo, as metaloplásticas ou metalocerâmicas dado à necessidade de opacificar a infraestrutura metálica e ainda fornecer estética e rigidez ao material de recobrimento, precisam 1,5 mm de desgaste. Também, as cerâmicas e resinas tem a necessidade de um término cervical em ombro reto, ombro reto com ângulo áxio-gengival arredondado ou chanfrado longo, as metaloplásticas e metalocerâmicas em chanfrado longo e os metais em chanfrado, chanferete ou ombro biselado²⁶.

O sucesso de uma prótese fixa está relacionado diretamente a um correto desgaste realizado durante o preparo coronário, sendo que este deve acompanhar a anatomia dental, e possuir uma forma que dê resistência à prótese e proteja o remanescente coronário²⁷.

Uma moldagem precisa e uma correta cimentação, também são importantes para o sucesso do tratamento com coras totais²⁸. O cimento de fosfato de zinco, é suficientemente resistente, entretanto como é um material muito ácido, o paciente pode sentir dor, quando o dente estiver vitalizado e este não estiver anestesiado. Porém, o cimento resinoso é uma alternativa tanto para as coroas totais metálicas, quanto para as metalo-cerâmicas e cerâmicas²⁹.

Os atuais avanços na área de materiais dentários, introduziram um grande número de sistemas cerâmicos de cobertura total que substituem as estruturas metálicas por bases de alumina, leucita e dissilicato de lítio. Estas mesmas, possuem vantagens, como estética, biocompatibilidade, propriedades físicas e mecânicas adequadas. Além disso, suas propriedades ópticas associadas às características naturais dão a cerâmica a capacidade de ser o material estético mais semelhante ao dente³⁰.

A restauração provisória é parte essencial do tratamento com coroa total, e tem como finalidade proteger a dentina e a polpa do dente preparado contra a ação dos micro-organismos presentes na boca, saliva, que podem penetrar nos túbulos dentinários e resultar em sensibilidade dentária. Estas restaurações, também impedem o desconforto de origem

térmica, mantêm as relações oclusais, devolvem a estética, estabilizam e mantêm a saúde dos tecidos periodontais, além de servir como guia para a prótese definitiva. Existem muitas técnicas laboratoriais e clínicas para a fabricação das restaurações provisórias, incluindo técnicas indiretas e técnicas diretas³¹.

As coroas definitivas devem ser confeccionadas de acordo com o formato do enceramento diagnóstico, seguindo todo o conceito de planejamento reverso com resultados previsíveis. Desta forma, toda e qualquer mudança de anatomia feita nos provisórios devem ser comunicadas ao ceramista. Por fim, os trabalhos terão a nova anatomia determinada, não acarretando em surpresas desagradáveis ao paciente no resultado final³².

3.4 Fechamento de Diastema com Tratamento Ortodôntico

A aparência facial, influi grandemente na vida de um indivíduo, na área profissional, no convívio social e até mesmo na vida afetiva. Isto, tem feito com que muito pacientes busquem o tratamento ortodôntico para a resolução dos diastemas e de outras maloclusões dentárias³³.

A relevância estética do espaço entre os incisivos superiores varia de acordo com a cultura e a raça, de um indivíduo. Entretanto, existem variáveis possibilidades etiológicas do diastema interincisal, e é necessário saber diferenciar entre uma situação de normalidade e a presença de alguma característica patológica. Como exemplo, a fase do “patinho feio”, que é um diastema fisiológico que ocorre no período da erupção dos incisivos superiores permanentes, sendo que o espaço existente entre os incisivos permanece até a erupção dos caninos permanentes, por volta dos 10 anos de idade^{4,34}.

Um grande espaçamento entre os incisivos superiores pode ser considerado como uma das má-oclusões que mais preocupam os pacientes, devido à estética³⁵. O fechamento destes diastemas pode ser feito através da Ortodontia, restaurações diretas com resina composta, ou indiretas com facetas ou coroas protéticas. Todavia, em alguns casos, o tratamento ortodôntico não é o suficiente para que esses espaços sejam completamente fechados, sendo necessária a integração entre a Ortodontia e a Dentística, sendo que a primeira é responsável pela diminuição dos espaços, e a segunda pelo fechamento completo com material restaurador^{36,37}

O correto diagnóstico e plano de tratamento são primordiais para o sucesso nos casos de

fechamento de diastemas, sendo que para que isto ocorra, é necessário levar em consideração os aspectos ortodônticos e restauradores. Seguindo estes direcionamento, o paciente ficará com uma maior satisfação após o tratamento³⁸.

3.5 Fechamento de Diastemas com Lentes de Contato

O tratamento com lentes de contato, baseiam-se na ideia de simulação do esmalte dentário por uma lâmina de cerâmica, de espessura fina, que será aderida ao dente sem necessidade de preparos, e quando necessário, os preparos são muito pequenos^{39,40}.

As lentes de contato dentárias, são peças protéticas extremamente finas, que exigem um mínimo ou até mesmo nenhum desgaste da estrutura dental. Através deste tipo de tratamento, é possível solucionar problemas, que vão de simples alterações de cor até complexas anomalias de forma dentária, diferentemente das facetas cerâmicas comuns, que exigem preparos um pouco mais invasivos, pois a espessura das peças são menores⁴⁰.

As indicações para tratamento com lentes de contato são, complemento do tratamento ortodôntico para fechar diastemas por completo, também em casos onde se restringe apenas a tornar os dentes expulsivos, com mínimo desgaste em esmalte. Entretanto, a indicação ideal para este tipo de tratamento, são os casos de dentes perfeitamente alinhados na arcada dentária e que necessitam apenas aumentar o volume vestibular, sendo pacientes com dentes pequenos ou lingualizados são os melhores candidatos para o facetamento com lentes de contato dentárias⁴¹.

O facetamento com lentes de contato dental é contra-indicado para pacientes que possuam hábitos parafuncionais, como bruxismo e apertamento exagerado. Isto, pois uma oclusão bem equilibrada é de suma importância para a durabilidade deste tratamento⁴².

As lentes de contato cerâmicas, são uma ótima opção de tratamento, pois este tipo de material apresenta um alto nível de resistência ao desgaste, são biocompatíveis e apresentam estabilidade de cor, o que aumenta a longevidade do tratamento. Sendo assim, o facetamento com lentes de contato dental restabelecem a estética do sorriso, através de um tratamento mais conservador e com maior longevidade³⁹.

4 DISCUSSÃO

A estética é um fator importante para o convívio de um indivíduo na sociedade, o que faz com que a cada dia mais, aumente a procura de tratamentos odontológicos estéticos⁴⁶. Isto, pois o sorriso é um “cartão de visitas”, o que leva as pessoas a buscarem um sorriso harmonioso e saudável^{47,48}. Desta forma, a procura por tratamentos de fechamento de diastemas tem aumentado muito, principalmente no que se refere a tratamentos menos invasivos e mais rápidos⁶.

A busca do tratamento ortodôntico com finalidades estéticas, para o fechamento de diastemas, tem aumentado muito, inclusive por pacientes na fase adulta^{33,34}. E assim, quebrando o paradigma de este tratamento era apenas para crianças e/ou adolescentes.

Entretanto, nem sempre o tratamento ortodôntico é suficiente para que o diastema seja completamente fechado, o que leva a necessidade de um tratamento multidisciplinar. Como exemplo, quando um tratamento ortodôntico é insuficiente para o fechamento do espaço entre os dentes, pode-se realizar restaurações diretas com resina composta, e assim, fechar totalmente o diastema⁶.

Existem outras opções para fechamento de diastema, através de restaurações indiretas, como, as facetas²⁰, as lentes de contato dentária⁴⁰ e até mesmo as coroas totais³¹. Contudo, os tratamentos com facetas laminadas de porcelana e as lentes de contato, são atualmente os mais procurados pois são preparos mais conservadores ou mesmo desnecessários.

O tratamento para fechamento de diastemas com coroas totais, é pouco conservador, e exige um maior desgaste da estrutura dental, desta forma, é indicado apenas quando o tratamento ortodôntico está fora de questão e os dentes se encontram bastante restaurados²⁵.

A sucção digital e uso de chupetas, são hábitos deletérios que podem acarretar em diastemas. Quando presentes, estes hábitos devem ser interrompidos, para que o tratamento de escolha para o fechamento destes espaçamentos seja eficaz. Também, os diastemas inter-incisais, podem ter como etiologia, a presença do freio labial persistente. Todavia, a necessidade de uma frenectomia deve ser analisada com cautela, pois a probabilidade de um diastema entre os incisivos centrais superiores numa criança fechar, com a realização ou não deste procedimento cirúrgico é a mesma, entretanto o fechamento acontece mais rápido nos pacientes frenectomizados^{1,7}.

Existem diversos tipos de tratamento para fechamento dos diastemas, mas através dos dados obtidos neste trabalho, pode-se concluir que é responsabilidade do Cirurgião Dentista, avaliar a real necessidade do paciente, para que o tratamento de escolha seja o mais conservador possível e com melhor prognóstico, e em casos de restaurações diretas ou indiretas, uma maior longevidade.

5 CONCLUSÃO

Atualmente, existem vários tipos de tratamento disponíveis para o fechamento de diastemas. São estes: as restaurações diretas com resina composta, as restaurações indiretas, como facetas de porcelana, lentes de contato dentárias e coroas totais; e tratamento ortodôntico.

Em grande parte dos casos em que se utiliza o tratamento ortodôntico para os diastemas, este não é suficiente, sendo necessário um complemento com restaurações estéticas diretas ou indiretas, para que este espaço seja fechado.

Restaurações estéticas como as facetas e lente de contato para fechamento de diastemas, são priorizadas, pois o tratamento é mais rápido se comparado ao tratamento ortodôntico, e mais conservador se comparado a restaurações com coroas totais, que exigem um maior desgaste da estrutura dental.

Contudo, pode-se concluir que existem diversos tipos de tratamento para fechamento dos diastemas, sendo que é responsabilidade do Cirurgião Dentista, avaliar a real necessidade do paciente, para que o tratamento de escolha seja o mais conservador possível e com melhor prognóstico, e em casos de restaurações diretas ou indiretas, uma maior longevidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Lamenha EGR, Guimarães RP, Silva CHV. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. *International Journal of Dentistry*. 2007 março;6 (1): 2-6.
- 2 Oliveira DCRS, Prieto LT, Coppini EK, Araújo CTP, Souza Jr. E, Paulillo LAMS. Resolução estética: fechamento de diastemas e contorno cosmético. *Prosthes. Lab. Sci.* 2014; 3(10):107-113.
- 3 Ferreira RI, Barreira AK, Soares CD, Alves AC. Prevalência de características da oclusão normal na dentição decídua. *Pesqui Odontol Bras.* 2011; 15910:23-28.
- 4 Janson GRP, Silva CCA, Henriques JFC, Freitas MR, Martins DR. Fechamento Ortodôntico do Diastema entre Incisivos Centrais Superiores durante a Dentadura Mista: Relato de um Caso Clínico. *Revista Dental Press De Ortodontia e Ortopedia Facial.* 1998; 3(4):72-78.
- 5 Calheiros A, Fernandes A, Quintão CA, Souza EV. Movimentação ortodôntica em dentes com comprometimento periodontal: relato de um caso clínico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005; 10(2):111-118.
- 6 Sakamoto Junior AS, Verde FAV, Hirata R, Gomes JC. Restauração de fechamento de diastema com resina composta: relato de caso. *Full Dent. Sci.*2011; 2(9):125-138.
- 7 Almeida RR, Garib DG, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2004 maio-junho; 9(3): 137-156.
- 8 Bergoli CD, Skupien JA, Marchiori JC. Fechamento de diastema utilizando técnica de enceramento e moldagem com silicona: acompanhamento de dois anos. *Int J Dent.* 2009 jul-set; 8(3):167-171.
- 9 Müller RS, Montenegro G. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas. *Revista Odontológica do Planalto Central.* 2012; 2(2): 13-16.
- 10 Ferraz da Silva JMF, Maranhã da Rocha D, Kimpara ET, Uemura ES. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. *Revista Odonto.* 2008; 16(32):98-104.

11 Ferraresi PM, Rodrigues JA, Marchi GM. Fechamento de diastema: relato de caso. Revista Saúde. 2010; 4(2):42-46.

12 Reges RV, Cruz CAS, Muñozchávez OF, Adabo GL, Correr Sobrinho L. Proporção áurea: um guia do tratamento estético. JBD. 2002; 1(4):292-295.

13 Araújo EP, Rocha Filho LA, Brum GT, Caldo-Teixeira AS. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta – relato de caso clínico. Revista Gestão & Saúde. 2009; 1(3): 33-38.

14 Chimeli TBC, Pedreira APRV, Souza TCP, Maciel M, Paula LM, Garcia FCP. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. Revista Dentística on line. 2011; 10(20): 54-57.

15 Pedrini D, Jardim OS, Poi WR. Transformação de dente Conóide e fechamento de Diastema em clínica geral. UNIMEP. 2000; 12(1 e 2): 52-6.

16 Castro JCM, Aranega A, Cassebe KB, Poi WR. Facetas laminadas em porcelana: uma opção estética para o clínico geral. UNIMEP. 2000 JAN-DEZ; 12(1 e 2).

17 Simão Júnior BS, Barros CCP. Reabilitação estética com faceta indireta em porcelana. Revista Odontológica do Planalto Central. 2011; 2(1): 9-15.

18 Soares PV, Zeola LF, PG Souza, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. Rev Odontol Bras Central. 2012;21(58):538-43.

19 Bispo LB. Facetas estéticas: status da arte. Revista Dentística on line. 2009 8(18):11-14. Disponível em: <http://www.ufsm.br/dentisticaonline>.

20 Souza EM, Silva e Souza JR MH, Lopes FAM, Osternack FHR. Facetas estéticas indiretas em porcelana. JBD.2002; 1(3):256-262.

21 Watanabe J, Hirata R. Facetas de porcelana com o uso do dispositivo Sadeeye-Ex. PCL. 2000; 2(9):8-13.

22 Gonzales MR, Ritto FP, Lacerda RAS, Monnerat HRSAF, Pinto BD. Falhas em

restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. Revista Brasileira de Odontologia. 2011;68(2):238-43

23 Kern LR. Utilizações de cerômeros e porcelanas em facetas laminadas [Monografia]. Ribeirão Preto: USP; 2009.

24 Marson FC, Kina S. Restabelecimento estético com laminado cerâmicos. Rev Dental Press Estét. 2010 jul-set;7(3):76-86

25 Andreiuolo R, Veiga W, Miragaya L, Dias KGHC. Fechamento de diastema com coroas de alumina densamente sinterizadas. Revista Brasileira de Odontologia. 2011; 68(1): 81-4.

26 Fernandes Neto AJ, Neves FD, Mota As. Preparos para elementos Unitários.

27 Farias FAR, Feltrin PP, Zanetti AL, Inuoe RT. Preparo dentário para coroa metalocerâmica em dentes anteriores, por meio da técnica de referência Inoue & Zanetti. Rev Gaúcha Odontol. 2011; 59: 81-88.

28 Manfio AP, Biacchi GR, Guimarães MB, Habekoste FM. Coroa Total de Resina Composta. RGO. 2006; 54(1):27-30.

29 Amaral PCA. Sequência protética para confecção de coroa total [Monografia]. Rio de Janeiro: Clínica Integrada de Oodontologia; 2008.

30 Rossato DM, Saade EG, Saad JRC, Porto-Neto ST. Coroas estéticas anteriores em cerâmica *metal-free*: relato de caso clínico. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Oct-Dec;7(4):494-8.

31 Rocha EP, Pita MS, Almeida EO, Freitas Júnior AC, Assunção WG. Técnicas diretas para a confecção de coroas provisórias unitárias. Dentistry BRASIL . 2010; 26-29.

32 Calixto LR, Bandeca MC, Andrade MF. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. Rev Dental Press Estét. 2011 jul-set;8(3):26-37.

33 Maltagliati LA, Montes LAP. Análise dos fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007; 12(6): 54-60.

34 Santos-Pinto A, Paulin RF, Martins LP. Tratamento de diastema entre incisivos centrais

superiores com aparelho fixo combinado a aparelho removível: casos clínicos. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2003; 8(44): 133-40.

35 Souza AR, Nouer DF, Araújo Magnani MBBA, Siqueira VCV, Pereira Neto JS, Acevedo MCB. Interação entre Ortodontia e Dentística em um caso clínico com discrepância de Bolton. R Dental Press Estét. 2003; 3(4): 26-33.

36 Câmara CALP. Estética em Ortodontia: Parte I. Diagrama de Referências Estéticas Dentais. R Dental Press Estét. 2004; 1(1):40-57.

37 PLS Vieira, Lima-Arsati YBO. Fechamento de diastema posterior como complemento de um tratamento ortodôntico: caso clínico. RGO. 2007; 55(4): 399-402.

38 TTC Ribeiro, Cunha LF, Mondelli J, Raveli DB. Fechamento de diastema anterior: associação de procedimentos ortodôntico e restaurador. Orthodontic Science and Practice. 2011; 4(16): 87:93.

39 Stoll LB, Lopes F. Harmonização do sorriso através de laminado cerâmico “lente de contato”. R Dental Press Estét. 2009 março-abril;6(1):116-124.

40 Merighi RMB. Tipo de preparo para lente de contato dentária e faceta laminada indireta [Monografia]. Campo Grande: Instituto Odontológico de Pós Graduação; 2013

41 Deves C. Avaliação técnica de restaurações cerâmicas minimamente invasivas: revisão de literatura. Passo Fundo: Faculdade Meridional;2012.

42 Francci C, Witzel MF, Ludovici E, Costa JA, Lenza JV, Sapata A et al. Odontologia Estética: Soluções Minimamente Invasivas com Cerâmicas. Revista FFO. 2011 jul-dez; V(10);8-9.

43 Costa MR, Silvério KG, Rossa Júnior C, Cirelli JA. Periodontal conditions of teeth presenting pathologic migration. Braz Oral Res 2004;18(4):301-5.

44 Cachapuz PF, Siqueira FS, Prietsch JR. Tratamento ortodôntico interceptativo de maloclusão causada por mesiodente: relato de caso. Rev Fac Odontol. 2002 julho;43(1):18-22.

45 Machado AW, Ambrosio AR, Caldas SGFR, Gandini Júnior LG. Orthodontic treatment of a midline diastema related to mesiodens and thumb-sucking habit. *Rev. odonto ciênc.* 2010;25(3):314-318.

46 Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JBD.* 2002 jul-set;1(3):226-230.

47 China VJF. Influência do diastema interincisivo na avaliação estética do sorriso [Dissertação]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2012-2013.

48 Castro MAM, Castro JCM, Pedrini D, Panzarini SR, Poi WR. Diastemas: reestablishment of an attractive smile. *Rev Gaúcha de Odontol.* 2010 abril-junho;58(2):253-56.