



UNICEPLAC

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC
Curso de Odontologia
Trabalho de Conclusão de Curso

Fechamento de Diastema com Resina Composta



UNICEPLAC

LUCAS JOSUÉ FILGUEIRA ALVES DE MELO

Fechamento de Diastema com Resina Composta

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. Orientador(a): Prof(a). Esp., Ms. (ou Me) ou Dr. Fernando Molinari Gomes Gilson.



UNICEPLAC

LUCAS JOSUÉ FILGUEIRA ALVES DE MELO

Fechamento de Diastema com Resina Composta

Artigo apresentado como requisito para conclusão de curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama, 15 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Fernando Molinari Gomes Gilson
Orientador

Prof. Nara Cordeiro Dobranszki
Examinador

Prof. Vinícius de Abreu Mussa Gaze
Examinador

Fechamento de diastema com resina composta

Lucas Josué Filgueira Alves de Melo¹

Resumo

O diastema é considerado por muitos pacientes como algo fora dos padrões de beleza. A busca pelo sorriso perfeito, que se encaixe no conceito de beleza padrão, proporcionou na odontologia o surgimento de novas técnicas e procedimentos para o fechamento de diastema. O uso de resina composta, nesses tratamentos tem se tornado mais vantajoso, pois permite a preservação da estrutura dental, a diminuição do tempo clínico, além de ser um procedimento minimamente invasivo, de baixo custo, proporcionando a excelência dos resultados estéticos buscados pelos pacientes.

Palavras-chave: Diastema; Resina Composta; Estética.

Abstract:

The diastema is considered by many patients as something outside the standards of beauty. The search for the perfect smile, which fits the concept of standard beauty, provided in dentistry the emergence of new techniques and procedures for diastema closure. The use of composite resin in these treatments has become more advantageous, as it allows the preservation of the dental structure, the reduction of clinical time, in addition to being a minimally invasive, low-cost procedure, providing the excellence of the aesthetic results sought by patients.

Key words: Diastema; Composite resin; Aesthetics.

¹ Graduando do curso de Odontologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC. E-mail: lalves636@gmail.com



INTRODUÇÃO

Embora o conceito de estética seja muito subjetivo, pois se encontra relacionado a fatores sociais, culturais e psicológicos, no mundo atual, globalizado, é crescente a valorização da estética pela sociedade. Desta forma, é grande o número de pessoas que buscam uma melhora na sua autoimagem e uma maior aceitação social. A odontologia cumpre um importante papel neste contexto, trazendo soluções para estes problemas estéticos. A presença de diastemas é uma característica que leva as pessoas a buscarem soluções na odontologia para a correção destas alterações (SCHWARZ et al., 2015).

A etiologia dos diastemas é de caráter multifatorial, ou seja, possui diversos fatores que podem influenciar no seu acometimento, podendo ser devido tanto a relação dos tamanhos entre os dentes com o osso, como devido a inserção do freio labial, presença de anomalias de número ou tamanho dos elementos dentários, hábitos parafuncionais e até devido a periodontite avançada (GUERRA; VENÂNCIO; AUGUSTO, 2017).

Para correção dos diastemas podem ser indicados os tratamentos ortodônticos, facetas diretas em resina composta, facetas de porcelanas, laminados cerâmicos, coroas cerâmicas, entre outros (DIAS et al., 2020). Em se tratando das resinas compostas, uma das vantagens que mais se destaca é o resultado estético, considerando uma excelente alternativa por se apresentar como um tratamento conservador, eficaz, de baixo custo de relativa facilidade de execução e ótimo resultado estético (GUERRA; VENÂNCIO; AUGUSTO, 2017).

O objetivo desse trabalho é abordar, por meio de uma revisão de literatura, o fechamento de diastemas com o uso de resinas compostas fotoativadas, suas vantagens, desvantagens e técnicas disponíveis.

REVISÃO DE LITERATURA

O conceito da palavra diastema está diretamente relacionado com o espaço ou lacunas entre os pontos que se refere ao espaço maior que 0,5 mm entre os dentes, sendo ele anterior ou posterior, de dois ou mais dentes contíguos. Apesar de acometer qualquer região da cavidade oral, a presença dos diastemas está mais relacionada com a região anterossuperior da maxila, por existir uma discrepância entre o tamanho dos germes dentários e a maxila (DIAS et al., 2020).

Fatores fisiológicos durante a fase de crescimento dos indivíduos, quando na troca de



UNICEPLAC

dentição, levam os incisivos centrais superiores a erupcionarem separados, devido ao não fechamento da sutura inter-maxilar, fazendo a coroa inclinar para a distal. Ao ocorrer a erupção dos incisivos laterais e caninos, o diastema na linha média pode diminuir, ou fechar por total. Frequentemente, o tratamento adequado para o diastema, é de grande diversidade, envolvendo diferentes especialidades da odontologia: a ortodontia, a periodontia, prótese e, muitas vezes, a dentística, em conjunto ou separadamente (DIAS et al., 2020; LAMENHA et al., 2007).

Existem diferentes opções para resolver o fechamento de diastema, como tratamento ortodôntico, restaurações diretas e indiretas ou associação das técnicas, dependendo de cada caso (JUNIOR et al., 2017).

O desenvolvimento de novas técnicas e materiais restauradores para atender à exigência estética tem ampliado as opções de tratamento para reanatomização ou recontorno da aparência natural dos dentes, com alterações de tamanho, posição e cor, com o uso de sistemas restauradores adesivos diretos, como a resina composta fotopolimerizável (LOURO; GALAZI; MOSCON, 2009).

Para obtenção de resultados satisfatórios nos casos de fechamento de diastema é preciso analisar a proporção dental para verificar se os resultados ficarão harmônicos. A proporção do dente é a relação da divisão da largura pelo comprimento. Por exemplo: para o incisivo central superior, a relação largura/altura da coroa mais harmônica está dentro do intervalo de 75 a 85%; quanto mais próximo a 100% for a relação largura e altura, mais quadrado será o dente. Se for inferior a 75%, o dente parecerá retangular e fino (DIAS et al., 2020).

Proporção Áurea

A proporção áurea é conceituada como uma fórmula matemática para definir a harmonia nas proporções de qualquer figura, escultura, ou monumento e aplicada na arquitetura e obras de arte. As partes, elementos, formas, estruturas ou conjuntos organizados nessa proporção parecem mostrar uma noção de beleza máxima e função eficaz ou proficiente. Essa relação proporcional constitui uma lei natural de crescimento, para os reinos animal e vegetal, e é encontrada nas suas anatomias. Qualquer coisa, uma linha, uma grandeza, uma parede, dividida por 1,618, resulta em duas partes desiguais cujo ponto de divisão (ponto áureo) estabelece uma relação proporcional e harmônica entre elas (LATEMPA, 2012).

O filósofo Pitágoras quem descreveu pela primeira vez a teoria da proporção áurea, procurando relacionar a beleza da natureza com as proporções matemáticas. Pitágoras determinou uma proporção numérica para definir a harmonia nas proporções de qualquer figura,



UNICEPLAC

escultura, estrutura ou monumento, assim representada: $1.618 - 1.0 - 0.618$. Tal relação ficou conhecida como proporção áurea, dourada ou divina.

Os princípios estéticos do sorriso, tendo por base a proporção dentária, foram inicialmente descritos por Lombardi, em 1973, e desenvolvidos por Levin em 1978, afirmando que o termo proporção, significa geralmente uma relação entre maior e menor. Levin demonstrou que, numa visão frontal, a relação de medidas entre incisivo central, lateral, a metade mesial ou metade visível do canino e dos pré-molares é percebida pelas medidas em proporção áurea. A partir da proporção áurea, Levin criou escalas em proporção, para a medida de amplitude do sorriso e da porção visível dos dentes (RÉSIO, 2014).

Para tornar a medição das proporções áureas mais fácil e rápida existem compassos específicos (Figura 1). Estes compassos são instrumentos cujas extremidades possuem movimentos invariáveis de expansão e diminuição em proporção áurea constante entre as partes maior e menor. A sua manipulação é extremamente fácil, pois abrem-se e fecham-se livremente, possibilitando inúmeras mensurações proporcionais dos dentes individualmente, das composições dentárias e dento-faciais. O compasso ou divisor simples é um dispositivo de duas hastes metálicas em forma de X, cujo ponto de intersecção permite a abertura e o encerramento das extremidades opostas em proporção áurea constante, isto é, na relação 1,0 para 1,618. Joseph em 1954. Estes compassos binários são de maior facilidade de manipulação e mensuração, e permitem uma observação directa e simultânea da proporção áurea de vários segmentos proporcionais (CARRILHO; PAULA, 2007).

Figura 1 - Compasso binário adaptado



Fonte: CARRILHO; PAULA, 2007.

A proporção áurea (ou proporção divina) aplicada à odontologia pode ser utilizada como referência para se determinar as dimensões dos dentes anteriores, nas reabilitações estéticas. Entende-se que a largura do incisivo central está em proporção com a largura do incisivo lateral e este em proporção com a largura do canino, em uma visão frontal aparente. Para se encontrar a razão ideal, a largura do incisivo central deve ser multiplicada por um valor definido como

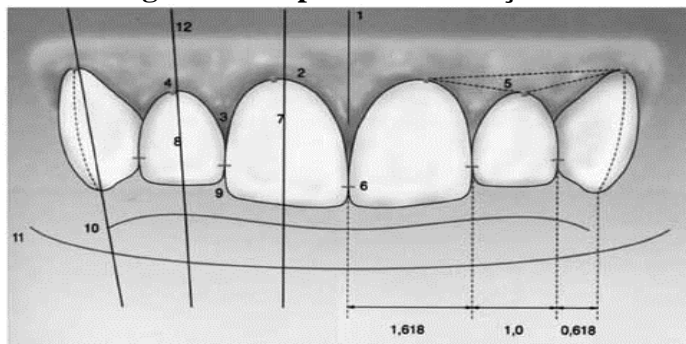


UNICEPLAC

proporção áurea, que é de 0,61803, ou aproximadamente 62%. Ou seja, a proporção divina é que o incisivo central seja 62% maior que o lateral, este 62% maior que a visão mesial do canino, sendo assim a proporção entre os dentes, é notada a partir dos incisivos centrais, em direção aos elementos dentários posteriores (CUNHA et al., 2013). O resultado final deve proporcionar uma relação harmoniosa (Figura 2) na visibilidade dos dentes anteriores. Na vista frontal, a visibilidade dos dentes deve ser decrescente a partir dos incisivos centrais (MELO FILHO; ÁUREA, 2008).

A proporção áurea nem sempre é encontrada na composição dentária da população, por isso não deve ser empregada sistematicamente em todos os casos e, sim, serve como guia de diagnóstico e deve ser adaptada para cada caso em particular. O uso dessa ajuda a detectar o que está “errado” na relação proporcional do segmento anterior e serve para auxiliar durante as fases do planejamento (CUNHA et al., 2013).

Figura 2 – Aspectos da dentição natural.



Fonte: REIS et al 2006.

O papel milimetrado (Figura 3) ajuda o cirurgião dentista a detectar problemas faciais, e desarmonias dentárias. Uma reabilitação usando este método ajudará a restaurar a estética facial. O uso do papel milimetrado é feito medindo a largura do sorriso e dividindo-o ao meio, avaliando então se a linha média dos incisivos centrais coincide com a linha média facial. Caso não se alinhem, ajustes serão necessários para corrigir esta discrepância (RÉSIO, 2014; KAO et al., 2014).



UNICEPLAC

Figura 3 – Papel milimetrado posicionado sob a arcada superior



Fonte: GOPFERT et al., 2012.

Relação Altura X Largura (Régua)

Um sorriso esteticamente agradável é definido como aquele em que o tamanho, forma, posição e cor estão em harmonia. Mudanças no tamanho dos dentes, na forma, e na proporção, e equilíbrio que podem afetar negativamente a aparência do sorriso. Desta forma, torna-se crucial compreender estas proporções e saber identificar de forma prática e simples desarmonias entre os dentes (JUNIOR et al., 2010).

Há uma variação nas dimensões dentárias que podem ser consideradas normais ou desejáveis, principalmente quando se considera que existem indivíduos com diferentes padrões faciais. Mostram que as dimensões dos dentes anteriores podem ser definidas dentro de uma faixa limitada. A altura do incisivo central varia de 10,4 a 11,2 mm enquanto sua largura varia de 8,73 a 9,3 mm e, geralmente, essas referências são utilizadas em reconstruções quando não há outros parâmetros disponíveis (BRANDÃO; BRANDÃO, 2013).

A proporção do dente é a relação da divisão da largura pelo comprimento, por exemplo, para o incisivo central superior a relação mais harmônica está dentro do intervalo de 75 a 85%. Quanto mais próximo a 100% for a relação largura e altura, mais quadrado será o dente. Se for inferior a 75%, o dente parecerá retangular e fino (DIAS et al., 2020).

Em 2008 Chu projetou uma régua de proporção estética para diagnóstico e correção de discrepâncias de tamanho e deformidade dos dentes ântero-superiores, eliminando a subjetividade da aplicação de outros métodos de mensuração de proporção dental. Este apresenta duas pontas de formas distintas: barra com formato de “T” que avalia simultaneamente a proporção do comprimento (eixo vertical) e largura (eixo horizontal), com marcações coloridas correspondentes (Figura 4). Possui duas barras lineares justapostas, que possui a mesma finalidade que a barra “T”, porém a largura é definida pela barra curta e o comprimento pela barra longa, esta ponta é utilizada quando houver apinhamento dental,

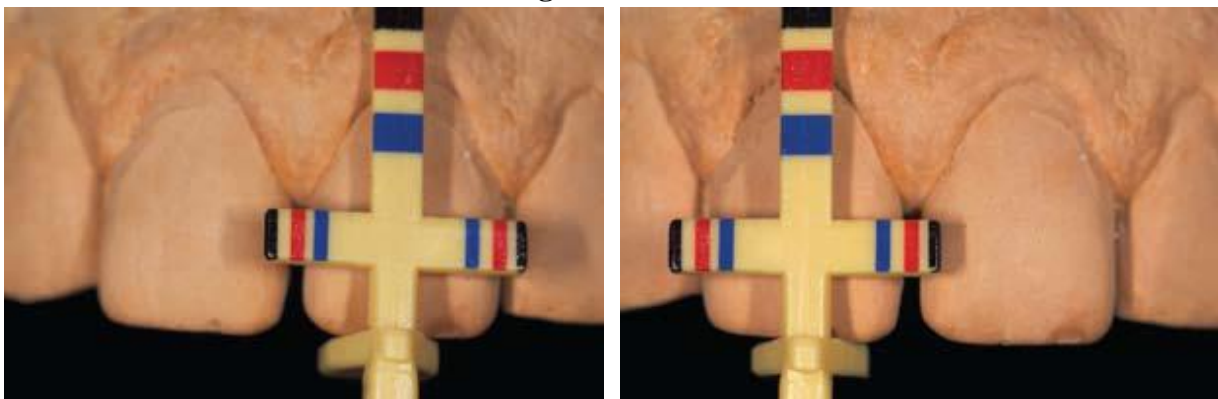


UNICEPLAC

impossibilitando a utilização da barra em “T” (JUNIOR et al., 2010).

O uso da régua para o fechamento de diastemas quando bem planejados, permite um resultado estético e funcional satisfatório (JUNIOR et al., 2010; CHIMELLI et al., 2011).

Figura 4 – Barra em T.

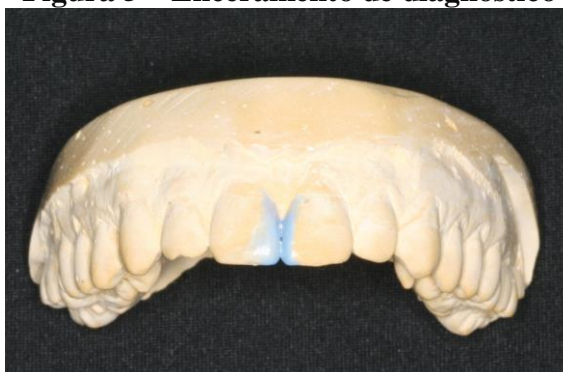


Fonte: JUNIOR et al., 2010.

Enceramento de Diagnóstico e guia de silicóna

Outra maneira de se corrigir diastemas em dentes anteriores com resina composta é a moldagem, realização de enceramento diagnóstico (Figura 5), e posterior confecção da guia de silicóna para a realização das restaurações em resina. Na técnica de enceramento diagnóstico, o cirurgião-dentista ou o técnico em prótese dentária (TPD) fará um encerramento diagnóstico do caso, após a moldagem inicial, obtendo, assim, um protótipo do que se quer obter na reabilitação estético-funcional do paciente. São analisados, neste momento, forma dos dentes (tamanho, proporção altura/largura), função oclusal, guias protrusivas e laterais, e os ajustes são feitos antes que se proceda o tratamento reabilitador no paciente. Nesta fase, são avaliados o antes e depois, junto ao paciente, e então se avaliará a necessidade de ajustes anatômico (TOSTES; LIMA-ARSATI, 2011).

Figura 5 – Enceramento de diagnóstico



Fonte: BERWANGER et al., 2016.



UNICEPLAC

Posteriormente, realiza-se a moldagem deste enceramento com silicona (Figura 6) de adição para se obter a guia de silicona que, por sua vez, será recortada, de modo a se utilizar a porção palatina/lingual para guiar a reconstrução dos dentes a serem tratados. Esta guia será inserida na cavidade oral onde proporcionará a reprodução do enceramento sobre os dentes com resina composta (Figura 7)(TOSTES; LIMA-ARSATI, 2011; DETOGNI et al., 2020).

Figura 6 – Inserção de resina na matriz de silicona



Fonte: Site Dentística Online – UFSM²

Figura 7 – Fotopolimerização da resina com a matriz em posição



Fonte: Site Dentística Online – UFSM²

Dentre as vantagens dessa técnica, estão: resultado praticamente imediato que necessita de poucas sessões clínicas; preservação da estrutura dentária remanescente; recontorno anatômico; estética e resistência reparo restaurador fácil; baixo custo, se comparada com procedimentos indiretos. Além disso, restaurações adesivas diretas permitem a conservação do tecido dental e são consideradas procedimentos reversíveis, possibilitando, se necessário, optar por outros mais invasivos. No entanto, cabe ao profissional fazer a indicação precisa de cada

² Disponível em: www.ufsm.br/dentisticaonline Acesso em: 08/06/2022.



UNICEPLAC

caso. O conhecimento científico adequado aliado a uma boa noção de harmonia estética confere ao profissional grandes possibilidades de devolver ao dente seu contorno, sua cor e sua textura (LOURO; GALAZI; MOSCON, 2009).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A busca pelos artigos desse trabalho foi realizada através das plataformas PubMed, Scielo, Google Acadêmico, Lilacs, Med Line, BVS e Cocharne. As palavras-chave usadas foram “Fechamentos de diastemas”, “Resina Composta ” e “Estética dentes anteriores ”. Os artigos são de 2007 a 2019, totalizando 21 trabalhos.

DISCUSSÃO

A odontologia vem passando por transformações que visam atender aos conceitos de estética, impostos tanto por pacientes quanto por cirurgiões-dentistas. Novos materiais e técnicas restauradoras são constantemente desenvolvidos de acordo com valores e exigências da sociedade moderna. Aliado a isso, o desenvolvimento tecnológico e científico, na área restauradora, promoveu o surgimento de sistemas adesivos e resinas compostas com maior capacidade de união e menor necessidade de se realizar preparo ou desgastar a superfície dental.

Diastemas podem ser causados por fatores como discrepâncias no tamanho dental, ausência de dentes, trespasse horizontal excessivo, giroversões, angulações inadequadas entre dentes contíguos, presença de freio lingual com inserção baixa, presença de dentes supranumerários ou problemas periodontais. Estas situações normalmente geram desconforto no paciente, que procuram soluções na Odontologia Restauradora (SCHWARZ et al., 2015).

Os diastemas podem ser tratados com ortodontia, periodontia, dentística e prótese, alinhando os dentes entre os arcos, e retoques estéticos podem ser realizados com resinas compostas, associados à técnica adesiva. A movimentação ortodôntica por si só não é capaz de promover um fechamento adequado dos diastemas nos casos de discrepância dento-esquelética, mas pode ser bastante útil para redistribuir os espaços em proporção áurea e auxiliar na eliminação de hábitos deletérios quando for o caso. A mecânica ortodôntica para esses casos é um procedimento simples e deve buscar a redução do comprimento do arco, porém a maior dificuldade encontra-se em obter estabilidade do tratamento realizado.

A frenectomia muitas vezes pode ser necessária quando há excesso de tecido comprimido na região interincisiva.



UNICEPLAC

O tratamento protético é uma etapa que necessita de um maior tempo clínico, devido a possível necessidade da preparação de provisório, moldagem, e fases laboratoriais da cerâmica, se tornando um procedimento mais demorado e complexo, apresentando um custo mais elevado em comparação às outras técnicas (CHIMALLI et al., 2011).

A proporção divina é um elemento de real importância para a estética odontológica, conseguindo-se com ela resultados favoráveis. O conhecimento dos fundamentos básicos e dos cálculos que envolvem a proporção áurea são essenciais para embasar técnica e cientificamente a sua aplicação em casos clínicos nos quais a estética deve ser efetivamente considerada (CUNHA et al., 2013). Existem alguns estudos que demonstram que esta proporção Áurea nem sempre é encontrada na composição dentária da população em geral e, por isso não deve ser aplicada sistematicamente em todos os casos, mas servir como o guia de diagnóstico e deve ser adaptada a cada caso em particular (MELO FILHO; ÁUREA, 2008).

Régua de proporção estética foi proporcionada para facilitar a visualização da discrepância do formato e ajuda no planejamento da execução da restauração, e correção de discrepância de tamanho e deformidades dos dentes, pois elimina a subjetividade da aplicação de outros métodos de mensuração de proporção dental. O uso da régua para o fechamento de diastemas quando bem planejados, permite um resultado estético e funcional satisfatório (GUERRA; VENÂNCIO; AUGUSTO, 2017; LIMA, 2019). A literatura mostra que se a distância entre a crista marginal e o ponto de contato for de, no máximo, 5mm, o tecido gengival será capaz de fechá-lo sem nenhuma intervenção. O uso de resina composta pode causar irritação na gengiva, por excesso de material, comprimindo a papila dental. Espaços maiores do que 5mm não fecharão, ocasionando os black spaces, que necessitarão de intervenção para correção deste problema. Tal fato deve ser levado em consideração quando do planejamento do fechamento de diastemas (ZIAHOSSEINI et al., 2014; SINGH et al., 2013).

O uso da guia de silicone, moldada a partir do enceramento diagnóstico realizado em modelo de gesso, é um método útil para se determinar a dimensão das restaurações adesivas a serem realizadas, assim como a exata posição da superfície lingual e incisal dos dentes anteriores. A obtenção de “Mock-up” para um planejamento reverso permitem uma grande previsibilidade de resultados diminuindo a possibilidade de erros que possam trazer a insatisfação do paciente (SCHWARZ et al., 2015). A única desvantagem desta técnica é que é necessário mais uma sessão clínica para moldagem e obtenção do modelo de trabalho, realização do Mock-up e moldagem do enceramento de diagnóstico para levar ao momento da restauração (TOSTES; LIMA-ARSATI, 2011).

O fechamento de diastemas pela técnica direta com resina composta apresenta a grande



UNICEPLAC

vantagem de ser rápido e reversível, caso não se tenha alcançado o resultado estético desejado. A obtenção do sucesso funcional e estético das facetas em resina composta depende principalmente do cirurgião-dentista que deve compreender os princípios básicos dos sistemas adesivos e das resinas compostas atuais, além de ter uma visão multidisciplinar, que lhe possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente, a dentística estética requer observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos existentes (SCHWARZ et al., 2015).

Conclusão

Dentro das limitações deste trabalho, pode-se dizer que o fechamento de diastemas utilizando a resina composta direta é vantajoso porque preservação da estrutura dental, tempo clínico menor, procedimento minimamente invasivo, baixo custo, facilidade de execução e a obtenção de ótimos resultados estéticos satisfatórios.

Ferramentas como a régua de Chu, o uso da proporção áurea auxiliam do profissional na execução da técnica, diagnóstico e correção das discrepâncias de tamanho e deformidade dos dentes ântero-superiores trazendo um resultado mais preciso na execução da técnica direta.



UNICEPLAC

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Roberto Carlos Bodart; BRANDÃO, Larissa Bustamente Capucho. Procedimentos para finalização em Ortodontia: dimensões e proporções dentárias (micro-estética). **Dental Press J Orthod**, v. 18, n. 5, p. 147-74, 2013.

CARRILHO, Eunice Virgínia Palmeirão; PAULA, Anabela. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea. **Revista Portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial**, v. 48, n. 1, p. 43-53, 2007.

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 Restorative treatment of anterior diastemata using composite resins: a case report. **Rev Dent line [Internet]**. 2011;20:54–7. Available from: <http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1008.pdf>

CUNHA, Thaiana Damasceno et al. Proporção áurea em dentes permanentes anteriores superiores. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies**, v. 5, 2013.

DETOGNI, Anna Caroliny et al. Reanatomização dental pela técnica direta com guias de silicone: relato de caso clínico. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, 2020.

DIAS, Brenno Anderson Santiago et al. Diastemas: etiologia, diagnóstico e possíveis formas de reabilitação. **SALUSVITA., Bauru**, v. 39, n. 1, p. 129-140, 2020.

GUERRA, Micaela Lorena Raposo Seixas; VENÂNCIO, Gisely Naura; AUGUSTO, Carolina Rocha. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. **Revista da faculdade de odontologia de lins**, v. 27, n. 1, p. 63-68, 2017.

JUNIOR, Antonio Setsuo Sakamoto et al. Restauração de fechamento de diastema com resina composta: relato de caso. **Full Dent Sci**, v. 3, n. 10, p. 230-5, 2010.

KAO, Cicély Meiyi Shiotani et al. Visagismo na odontologia: a personalização do sorriso. *Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)*, p. 67-70, 2014. Kao, C. M. S; Rodrigues, D. D.; Araújo, C.S.A.; Salomão FM. Visagismo Na Odontologia : a Personalização Do Sorriso. **Rev odontológica Araçatuba**. 2014;35(2):67–70

LAMENHA, E. G. R.; GUIMARÃES, R. P.; VICENTE SILVA, C. H. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. **Int J Dent**, v. 6, n. 1, p. 2-6, 2007.

LATEMPA, Antonio Marcelo Accetta. Fechamento de diastema através do uso de resinas compostas-Relato de caso. **Revista Fluminense de Odontologia**, 2012.

LIMA, Thayná Castro de Carvalho. Redução de diastema utilizando resina composta direta: relato de caso. 2019.

LOURO, Renata Loureiro; GALAZI, Daniele Ribon; MOSCON, Rodrigo Malbar. Proporção



UNICEPLAC

áurea no restabelecimento de um sorriso harmonioso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 11, n. 2, 2009.

MELO FILHO, G. F. B.; ÁUREA, PFM Proporção. sua relevância para a Odontologia estética. **IT Dent**, Recife, v. 7, n. 4, p. 234-238, 2008.

RÉSIO, Marisa Isabel Cerejo. A importância da proporção estética dos dentes na harmonia/beleza do sorriso. 2014.

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

SINGH, Vijendra P. et al. Black triangle dilemma and its management in esthetic dentistry. **Dental Research Journal**, v. 10, n. 3, p. 296, 2013.

TOSTES, Bhenya Ottoni; LIMA-ARSATI, Ynara Bosco. Fechamento de diastema pela técnica indireta: caso clínico. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 5, n. 2, p. 23-30, 2011.

TRIDAPALLI, Luisa Piazzon; STEINBACH, Marina. The use of golden proportion in dentistry: a integrative review. **Revista Odonto Ciência**, v. 33, n. 1, p. 77, 2018.

ZIAHOSSEINI, P.; HUSSAIN, F.; MILLAR, B. J. Management of gingival black triangles. **British Dental Journal**, v. 217, n. 10, p. 559-563, 2014.