

FINALIZAÇÃO ESTÉTICA DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO: FECHAMENTO DE DIASTEMAS EM DENTES ANTERÔ-SUPERIORES

Ana Paula Alves Figueiredo Lima¹, Juliana Carneiro Leão de Guimarães Dias Martins^{1,2},
Andrey Bessa Molina².

1. Odontoclínica de Aeronáutica de Recife, Pernambuco, Brasil.
2. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Pernambuco, Brasil.

RESUMO

A dentística tem papel de destaque como complemento na etapa de finalização do tratamento ortodôntico, em casos onde ocorrem discrepâncias dento-esqueléticas. A terapia ortodôntica para esses casos é um procedimento simples e deve buscar a redução do comprimento do arco, redistribuindo os espaços em proporção áurea, otimizando os resultados finais das restaurações estéticas. Tais restaurações podem ser realizadas pela técnica direta, em resina composta, ou pela técnica indireta, por meio de facetas e coroas. As restaurações diretas apresentam grandes vantagens como a preservação da estrutura dental, simplicidade da técnica, menor tempo de tratamento, menor custo e possibilidade de reparo. Este trabalho tem como objetivo o relato de caso de finalização estética de um tratamento ortodôntico, por meio de fechamento de diastemas e reanatomização dentária com resina composta, de maneira a proporcionar estabilidade ao tratamento ortodôntico e maximizar a estética do sorriso da paciente.

Palavras-chaves: estética dentária, ortodontia, fechamento de espaço ortodôntico, restauração dentária permanente, oclusão dentária, anatomia.

INTRODUÇÃO

A odontologia estética surge como parceira de grande relevância na etapa de finalização do tratamento ortodôntico, principalmente em casos onde ocorrem discrepâncias dento-esqueléticas, como nas agenesias, incisivos conóides e presença de diastemas. A mecânica ortodôntica para esses casos é um procedimento simples e deve buscar a redução do comprimento do arco.¹

Do ponto de vista da

estabilidade oclusal, os pontos de contato entre os dentes são de extrema importância para a manutenção do equilíbrio mesiodistal na arcada. A ausência ou deficiência de contato interproximal pode gerar impacção alimentar sobre a papila interdental, levando a uma inflamação crônica do periodonto, tendo como consequências a reabsorção óssea e a movimentação dentária por falta de estabilidade.²

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

área, otimizando os resultados finais das restaurações estéticas.³

As restaurações podem ser realizadas pela técnica direta, por meio de restaurações em resina composta, ou pela técnica indireta, por meio de facetas e coroas. A técnica indireta pode ser contraindicada, tendo em vista a necessidade de espaço mínimo disponível entre os elementos dentários, sendo necessário, em alguns casos, o desgaste da estrutura dental hígida. Já as restaurações diretas apresentam grandes vantagens, tais como: a preservação da estrutura dental; maior simplicidade da técnica, quando comparado às restaurações indiretas e próteses fixas; e menor tempo de tratamento, uma vez que dispensa a atividade laboratorial.³

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 25 anos, chegou à clínica de dentística restauradora da Odontoclínica de Aeronáutica de Recife, encaminhada pela ortodontia, com a finalidade de realizar o fechamento dos diastemas presentes e melhorar a proporção entre os elementos dentários anteriores. Ao exame clínico foi observada a presença de espaço negro entre os dentes 11 e 21, diastemas entre os dentes 21 e 22, 11 e 12, 12 e 13, e dente 22 com morfologia conóide (figuras 1-3).



Figura 1: Vista lateral direita do aspecto inicial.



Figura 2: Vista frontal do aspecto inicial.



Figura 3: Vista lateral esquerda do aspecto inicial.

Após isolamento relativo, foi realizado o ataque ácido nas faces vestibulares, proximais e bordas incisais dos dentes 13 ao 22, pelo tempo de 30 segundos, com ácido fosfórico a 37% marca Condac37® da FGM. Após lavagem e secagem, observa-se o aspecto opaco característico, denotando o aumento da energia de superfície desejado (figura 4).



Figura 4: Vista lateral direita do aspecto inicial.

Procedeu-se à aplicação do sistema adesivo da marca *Adapter Single Bond 2*®, da 3M ESPE®, em duas camadas, com jato de ar intercalado e posterior fotopolimerização por 20 segundos (figuras 5-7).



Figura 5: Aplicação do sistema adesivo.



Figura 6: Fotopolimerização do sistema adesivo.



Figura 7: Aspecto após aplicação do sistema adesivo.

Após a aplicação do sistema adesivo, foi realizada a reanatomização do elemento 22, pela técnica incremental com resina composta da marca Filtek Z350XT®, da 3M ESPE® (figuras 8-9).



Figura 8: Vista frontal após reanatomização do dente 22.



Figura 9: Vista lateral esquerda após reanatomização do dente 22.

Em seguida, foi realizado o fechamento do diastema entre os dentes 12 e 13, pela técnica incremental com resina composta da marca *Filtek Z350XT®*, da 3M ESPE® (figura 10).



Figura 10: Vista lateral direita após reanatomização dos dentes 12 e 13

Após a conclusão das restaurações em resina composta, foi realizado o ajuste e acabamento com pontas diamantadas extrafinas e pontas *Enhance®* (figuras 11-13).



Figura 11: Vista lateral direita durante o ajuste e acabamento das restaurações.



Figura 12: Vista frontal durante o ajuste e acabamento das restaurações.



Figura 15: Acabamento da porção subgingival das restaurações.



Figura 13: Vista lateral esquerda durante o ajuste e acabamento das restaurações.

Em seguida, foi realizada a remoção dos excessos de resina nas faces proximais com tira de lixa para acabamento e polimento da marca *Soft-Lex*®, da 3M ESPE® (figura 14).



Figura 14: Acabamento e polimento das faces proximais.

Na sequência, foi realizado o acabamento da porção subgingival com ponta diamantada extrafina 3195 FF da marca KG Sorensen® (figura 15).

Após o acabamento, foi realizado o polimento inicial das faces restauradas com auxílio de roda de feltro para contra-ângulo e pasta diamantada para polimento de resina composta da marca *Enamelize*® (figuras 16-19).



Figura 16: Polimento inicial das restaurações.



Figura 17: Aspecto após o polimento inicial das restaurações.



Figura 18: Materiais utilizados.



Figura 19: Aspecto final.

DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento dos dentes permanentes é possível que haja imperfeições (anomalias dentais) por diversos fatores, podendo ocorrer alterações na forma, tamanho e cor dos dentes.⁴ A presença de diastemas pode estar relacionada tanto a essas anomalias dentárias como a anomalias ósseas e presença de hábitos parafuncionais.⁵

Picosse (1979), afirma que o equilíbrio méso-distal de uma arcada se dá pelo contato interproximal entre os dentes, e qualquer alteração nesse equilíbrio gera modificações na oclusão dental. Para que este equilíbrio seja promovido, o fechamento de diastemas deve ser realizado através da terapia ortodôntica e, quando esta não é suficiente, por meio de confecção de *inlays*, *onlays*, coroas totais e

restaurações diretas em resinas compostas.⁶

Mauro et al. (2003), defendem a técnica direta com resina composta como um excelente método para restauração, fechamento de diastemas e restabelecimento de anatomia, sendo menos invasiva e de custo mais acessível, quando comparada à técnica indireta.⁷ Além disso, as facetas de resinas compostas possuem as vantagens de preservarem o tecido hígido, terem excelente resultado estético, boa longevidade clínica, menor custo, possibilidade de reparos e dispensarem trabalhos laboratoriais.⁸ Já as restaurações pela técnica indireta apresentam desvantagens relevantes, como a necessidade de moldagem e restauração provisória, friabilidade até a cimentação, possibilidade de desgaste dos dentes antagonistas, necessidade de laboratório especializado e porcelana específica, possibilidade de reparo limitada, maior tempo para confecção e custo elevado.⁹

CONCLUSÃO

A finalização estética do tratamento ortodôntico por meio de restaurações diretas em resina composta representa uma alternativa de baixo custo, comparada às restaurações indiretas, permitindo a excelência estética do caso. Outra grande vantagem é destacada pela rapidez com que o tratamento restaurador é promovido, garantindo a menor movimentação possível após a finalização da terapia ortodôntica e promovendo os contatos interproximais, tão importantes para a estabilidade oclusal e saúde do periodonto.

ABSTRACT

The cosmetic dentistry has a prominent role as complemente in finalization stage of orthodontic treatment in cases that occur dento-skeletal discrepancies. The orthodontic therapy in this cases is a simple procedure and shall seek reduction of arc length, redistributing the spaces in golden ratio, optimizing the final results os aesthetic restorations. Such restorations can bem ade by direct technique, with composite resin, or by indirect technique, by facets or crowns. The direct restorations have great advantages like preservation of dental structure, simplicity of the technique, shorter treatment time, lower cost and possibility of repair. This work aims to report a case of aesthetic finalization of orthodontic treatment, by the closure of black spaces and dental reanatomization with composite resin, in order to provide stability to the orthodontic treatment and maximize the aesthetics of the pacient smile.

Keywords: dental esthetics, orthodontics, orthodontic space closure, permanente dental restoration, dental occlusion, anatomy.

REFERÊNCIAS

1. Almeida RR, Garib DG, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Pinzan A, Junqueira MHZ. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? *Dental Press Orthodon Ortop Facial*. 2004; 9(3): 137-56.
2. Vieira PLS, Lima-Arsati YBO. Fechamento de diastema posterior como complemento de um tratamento ortodôntico: caso clínico. *RGO*. 2007; 55(4): 399-402.
3. Furuse AY, Franco EJ, Mondelli J. Esthetic and functional restoration for an anterior relationship with multiple diastema: a multidisciplinary approach. *J Prosthet Dent*. 2008; 99(2): 91-4.
4. Garib DG. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que reagem os distúrbios de desenvolvimento dentário. *Dental Press J. Orthod*. 2010; 15(2): 138-157.
5. Mondelli J, Pereira MA, Mondelli RFL. Etiologia e tratamento dos diastemas dentários. *Rev Bio Odonto*. 2003; 1(3): 11-111.
6. Picosse M. Anatomia dentária. São Paulo: Savier; 1979. p. 93-110.
7. Mauro SJ, Brogini EC, Sundfeld RH. Plástica dental: um recurso estético para promoção de saúde. *JBD J Bras Clín Estét Odontol*. 2003; 2(5): 15-27.
8. Conceição, EN. Visão Horizontal: odontologia estética para todos. *Dental Press Publishing*. 2013; 20(170): 334-43.
9. Mondelli RFL, Coneglian EAC, Mondelli J. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Indiretas de Porcelana. *Biodonto*. 2003; 1(5): 22-43.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ana Paula Alves Figueiredo Lima,
Odontoclínica de Aeronáutica de Recife: Avenida Senador Sérgio Guerra 606, Piedade- Jaboatão dos
Guararapes (PE). Telefone: 3322-6400.
E-mail: apaf18@gmail.com