



Bianca Amorin Basso

**Fechamento de diastemas com laminados cerâmicos
relato de caso clínico**

CURITIBA
2020

Bianca Amorin Basso

Fechamento de diastemas com laminados cerâmicos
relato de caso clínico

Monografia apresentada a Faculdade ILAPEO
como parte dos requisitos para obtenção de título de
Especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Hyung Joo Lee

CURITIBA
2020

Bianca Amorin Basso

Fechamento de diastemas com laminados cerâmicos
relato de caso clínico

Presidente da Banca Orientadora: Prof^ª Dr^ª Hyung Joo Lee

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). Wagner Moreira
Prof(a). Dr(a). Yuri Uhlendorf

Aprovada em: 11/02/2020

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus.

Aos meus pais Neusa e Clélio serei eternamente grata por tudo o que fizeram por mim e por todo suporte.

Ao meu namorado Eduardo por todo apoio e companheirismo.

Aos professores do curso de especialização por todo conhecimento durante esses dois anos, obrigada por todos os ensinamentos. E em especial, a minha orientadora Professora Dra Hyung Joo Lee.

Aos meus colegas do curso que deixarão saudades.

Sumário

1. Artigo científico	6
2. Anexo	26

1. Artigo científico

Artigo de acordo com as normas da Faculdade ILAPEO para futura submissão no Periódico:
Revista Clínica Dental Press

FECHAMENTO DE DIASTEMAS COM LAMINADOS CERÂMICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO = CERAMIC LAMINATE DIASTEMA CLOSURE: A CLINICAL CASE REPORT

Bianca Amorin Basso¹
Hyung Joo Lee²

¹Aluna do Curso de Especialização em Prótese Dentária-Faculdade ILAPEO/ PR

²Professora do Curso de Especialização em Prótese Dentária Faculdade ILAPEO/PR; Doutora em
Implantodontia – Faculdade SLMandic/Campinas-SP

RESUMO

As facetas diretas em resinas compostas podem ser indicadas para solucionar uma variedade de problemas estéticos tais como: diastemas, modificações de forma, posição e cor dos dentes. Entretanto, esse material é suscetível ao desgaste e à alteração na coloração, limitando assim, o resultado estético a longo prazo. Para compensar essas limitações foram propostas restaurações indiretas, como os laminados cerâmicos. O objetivo deste trabalho é relatar uma sequência clínica de atendimento; exame clínico, planejamento e execução de um caso de fechamento de diastema ântero-superior, utilizando laminados cerâmicos. O resultado final alcançado reestabeleceu a harmonia do sorriso e a satisfação estética esperada.

Palavras-chave: Fechamento de diastema; Estética dentária; Cerâmica.

ABSTRACT

The resin composite veneers can solve many aesthetic problems such as: diastema, shape, position and teeth color changes. However, this material is susceptible to wear and color alteration, limiting the aesthetic results in the long term. To compensate these limitations, were proposed the indirect restorations, like porcelain laminate veneers. The objective of this paper is to report a clinical sequence of care; from the clinical examination, planning and execution a clinical case of anterosuperior diastema closure using ceramic laminates. The final result achieved reestablished the harmony of the smile and the expected aesthetic satisfaction.

Keywords: Diastema closure; Esthetics Dental; Ceramic.

INTRODUÇÃO

A constante busca por um sorriso harmônico e esteticamente agradável eleva o nível de exigência e de expectativa dos pacientes. Esse fato propicia o desenvolvimento de novos materiais e técnicas na odontologia, os quais visam procedimentos mais conservadores e resultados cada vez mais previsíveis esteticamente.¹

Dentre as preocupações estéticas²⁻³ mais relatadas pelos pacientes estão os diastemas de linha média que são definidos como um espaço interdental maior que 0,5mm entre os incisivos centrais maxilares. Uma vez definida a sua etiologia, diferentes tratamentos podem ser realizados como: ortodontia, procedimentos restauradores ou uma associação de diferentes técnicas.⁴

Uma das opções é fechar o diastema com resina composta; essa técnica pode ser mais conservadora para a estrutura dentária, mas ainda não oferece a melhor estética e os dentes são suscetíveis à mudança de cor ao longo do tempo.⁵⁻⁶ Outra opção – laminados cerâmicos - oferece uma estética superior comparada à resina composta, além de apresentar maior durabilidade e resistência a mudanças de cor. Vale lembrar que essa técnica é minimamente invasiva, o que a torna vantajosa.⁷⁻⁸

As facetas caracterizam-se pelo recobrimento da face vestibular do elemento dental por um material restaurador que se une ao elemento dentário e pode ser confeccionado pela técnica direta ou indireta.⁹⁻¹⁰

Opções de tratamento minimamente invasivos podem ser considerados e escolhidos com base na documentação, moldes e fotografias.¹¹ De fato, alguns pontos devem ser considerados para obter sucesso no caso, alguns deles são: planejamento, tipo de preparo, seleção de materiais e manutenção contínua das restaurações.¹²

Neste contexto, este trabalho relata um caso clínico demonstrando as etapas clínicas que envolvem o planejamento e a execução de fechamento de diastema nos dentes anteriores superiores com o uso de faceta em cerâmica.

REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, a sociedade moderna impõe alguns parâmetros de beleza aos indivíduos. Dessa forma, os pacientes estão preocupados em alcançar um sorriso mais belo e esteticamente aceitável, com dentes mais claros e bem alinhados.¹³ Para estabelecer um sorriso que se enquadre nos padrões estéticos, é necessário observar alguns aspectos: gênero do paciente e o padrão do sorriso; o posicionamento e alinhamento dental; assim como a forma, a textura e a cor dos dentes.¹⁴

Denominado “diastema dental”, o espaço, ou ausência de contato entre dois ou mais dentes adjacentes são frequentes na região anterior da maxila, apesar de ocorrerem em outras regiões da boca. Diversas são as opções de tratamento, como: a ortodontia, as facetas ou coroas em cerâmica e as restaurações diretas em resina composta.^{13,14-16}

As cerâmicas têm sido muito utilizadas na odontologia restauradora em virtude de promover estética mais duradoura e superior a das resinas compostas, principalmente por conservarem a textura, a cor e o brilho a longo prazo.²⁰ As cerâmicas feldspáticas tem excelentes características estéticas e biomecânicas e podem ser indicadas para a confecção das facetas laminadas e aplicação em coping de alumina ou zircônia para as coroas totais.¹⁶ As facetas se aproximam da opacidade de transmissão de luz dos dentes naturais, característica que pode ser alterada pela cor da estrutura dental subjacente, a cor do cimento resinoso e a profundidade do preparo.²¹⁻²²

Assim, laminados cerâmicos de espessura mínima têm sido cada vez mais indicados. Esses tratamentos estéticos, no entanto, não devem ser realizados sem um planejamento restaurador adequado.²⁴

Uma correta adaptação e a presença de um perfeito selamento marginal são requisitos clínicos fundamentais para prover longevidade aos trabalhos protéticos após a cimentação. Para isso, a seleção da técnica e do material de cimentação tornam-se de grande importância para minimizar a microinfiltração marginal e os problemas associados como cáries secundárias, sensibilidade pós-operatória, inflamação pulpar e acúmulo de biofilme.²⁵⁻²⁶

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 29 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica do Curso de Especialização em Prótese Dentária, na Faculdade ILAPEO, Curitiba, insatisfeita com a estética do seu sorriso (Figs. 1 e 2). No exame clínico e radiográfico inicial observou-se aspectos de anormalidade da saúde periodontal e pulpar. Observou-se ainda a ausência dos elementos 14 e 24, e presença de diastemas entre os dentes 11 e 21, provavelmente relacionados à discrepância entre o tamanho do arco, a largura e o comprimento dos dentes anteriores superiores.

A paciente foi encaminhada para realizar retratamento endodôntico do dente 15 (raiz vestibular), gengivectomia dos elementos 15 (face distal), 25 (face distal), 26 (face distal) e gengivoplastia no 25 e 26, para posteriormente realizar facetas laminadas, com o objetivo de fechar os diastemas e restabelecer a proporção altura-largura dos dentes e sua relação com os lábios.

Para iniciar o procedimento realizou-se a moldagem dos arcos; o superior foi moldado com silicona de condensação (Coltene, Speedex, Brasil) e inferior com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Itália) para a confecção de modelos de estudo, ambos os arcos foram moldados com Moldeira de Aço Inox Lisa S2, Tecnodent. Após a obtenção dos modelos solicitou-se ao técnico

de prótese dentária (TPD) a realização do enceramento diagnóstico do 13 ao 23. Depois de analisadas as informações coletadas na primeira consulta e a elaboração do planejamento, indicou-se à paciente a realização de laminados cerâmicos de canino a canino superiores e coroas em zircônia nos posteriores.

Logo após a paciente realizar os tratamentos periodontal e pulpar, iniciou-se o preparo dos elementos 15, 17 e 27; para isso foi necessário a desobturação dos canais e, posteriormente, a cimentação de pino de fibra de vidro (WhitePost DC, FGM, Brasil) com cimento resinoso autoadesivo (Relyx U200, 3M ESPE, EUA). Em seguida, o preparo dos elementos 15, 17, (Fig. 3) 27 e reparo do 25 e 26 (Fig. 4) foram realizados. A moldagem dos preparos foi executada com um fio afastador 00 e 000 (Ultrapack, Ultradent, EUA) com silicone de adição (Express, ESPE, EUA) (Moldeira Inox Perfurada, Tecnodent) para a confecção dos copings em zircônia.

Na sessão seguinte, foi realizado a prova e ajustes dos copings 15, 17, 25, 26 e 27 (Fig. 5). Na sequência foram confeccionadas as guias com silicone de condensação (Coltene, Speedex, Brasil) para auxiliar no momento do preparo dental. Tendo conhecimento das regiões nas quais os alívios seriam necessários, iniciou-se os preparos dentários sobre o *mock up*, com o auxílio de brocas multilaminadas (KG Sorensen, Brasil), discos diamantados (KG Sorensen, Brasil), e discos abrasivos (Sistema Jiffy, Ultradent) para a remoção cautelosa da estrutura dentária. O término foi realizado 0,5 mm abaixo da junção cimento esmalte, sendo do tipo chanfro, com uma redução vestibular entre 0,2 a 0,3 mm no terço cervical, 0,5mm no terço médio e de 0,5 a 0,7 no terço incisal.

Para finalizar o processo, iniciou-se o acabamento da superfície com uma ponta diamantada de granulação fina (KG Sorensen, Brasil) (Fig. 6). Em seguida, a matriz foi posicionada para verificar se os espaços por vestibular e interproximal estavam homogêneos e suficientes para a confecção dos laminados cerâmicos (Fig. 7).

A moldagem dos preparos foi realizada com silicone de adição (Express, ESPE, EUA), ambos os arcos foram moldados com Moldeira de Aço Inox Lisa S2, em dois passos separados, separando o leve do pesado, com a utilização dos fios afastadores 00 e 000 (Ultrapack, Ultradent, EUA). Na mesma moldagem, ocorreu a transferência dos copings (Fig. 8). Com o auxílio de uma matriz (Coltene, Speedex, Brasil) previamente feita com base no enceramento diagnóstico e devidamente recortada nas regiões cervicais, confeccionou-se os dentes provisórios com uma resina Bis-Acryl (Structur 2 B1 – Voco) (Fig. 9).

Na sessão seguinte, as peças foram provadas com a pasta try-in (Relyx, Veener, 3M ESPE) para selecionar a cor do cimento resinoso. Após a seleção da cor, os laminados foram condicionados com ácido fluorídrico a 10% (Condac Porcelana, FGM, Brasil) por 60 segundos (Fig. 10). O procedimento seguinte foi a lavagem das peças com água abundantemente, para depois serem totalmente secas. Em seguida fez-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Condac 37, FGM, Brasil) por 20 segundos (Fig. 11). Depois disso, o processo de lavagem e secagem foi repetido. Para finalizar o tratamento de superfície, aplicou-se o agente silano (Ceramic Primer, 3M ESPE), deixando-o agir por 60 segundos (Fig. 12). O adesivo (Monobond, Ivoclar Vivadent, Brasil) foi aplicado e fotoativado (Radii Call, SDI, Brasil) por 20 segundos (Fig. 13).

Partindo para o tratamento do dente, iniciou-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (CondaC 37, FGM, Brasil) por 30 segundos, lavados e secados, posteriormente finalizou-se com a aplicação do sistema adesivo (Scotchbond Multi Uso Plus, 3M ESPE) e a fotoativação por 20 segundos (Fig. 14).

As facetas foram cimentadas, uma a uma, com o cimento resinoso (Relyx Veener, 3M ESPE) na cor A1, após a fotoativação do cimento por 20 segundos (Fig. 15). Em seguida à cimentação das facetas, foi realizado a cimentação das coroas em zircônia com o cimento autoadesivo (Relyx U200, 3M ESPE, EUA) e fotoativação por 40 segundos. Os excessos

grosseiros foram removidos com o auxílio de um pincel (Chato, Marta Kolinsky, KOTA) (Fig. 16).

Com a cimentação das peças concluída, o restante dos excessos foram removidos (Lâmina de Bisturi 12, Solidor). Depois, checkou-se a oclusão (Accu Film, Parkell) e realizou-se o acabamento com pontas de borracha abrasivas (Sistema Jiffy, Ultradent) Ilustração do caso imediatamente após a cimentação (Figs. 17 e 18); pode-se observar o caso finalizado 30 dias após a cimentação (Figs. 19 e 20).



Figura 1: Aspecto facial inicial.



Figura 2: Sorriso inicial.



Figura 3: Preparo 15 e 17.



Figura 4: Repreparo 25, 26 e preparo 27.



Figura 5: Prova e ajuste dos copings.



Figura 6: Acabamento final da superfície dos preparos.



Figura 7: Matriz posicionada para verificar se os espaços vestibular e proximal estão homogêneos para a confecção dos laminados cerâmicos.



Figura 8: Moldagem com Silicona de adição e transferência dos copings;



Figura 9: Provisórios em Resina Bis-Acryl



Figura 10: Condicionamento de ácido fluorídrico a 10%.



Figura 11: Condicionamento de ácido fosfórico a 37%.

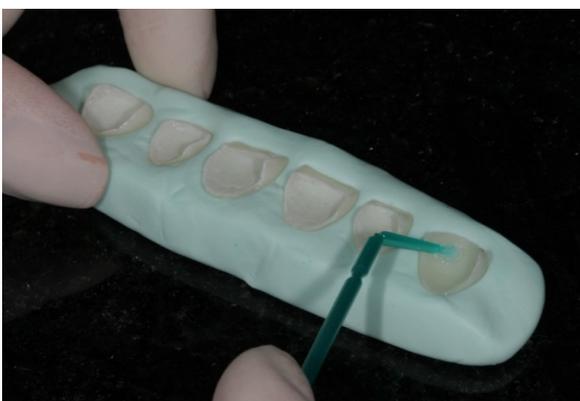


Figura 12: Aplicação do agente silano.



Figura 13: Aplicação do adesivo.



Figura 14: Condicionamento de adesivo na estrutura dentária.



Figura 15: Cimentação das facetas com o cimento resinoso.



Figura 16: Remoção dos excessos grosseiros com auxílio de um pincel



Figura 17 e 18: Aspecto do sorriso final após a cimentação.



Figura 19: Aspecto Facial final.



Figura 20: Após 30 dias da cimentação.

DISCUSSÃO

O diastema – ou espaçamento anterior – é um problema estético que apresenta maior prevalência na maxila em relação a mandíbula, apresentando uma etiologia multifatorial^{27,28}. Além da microdontia, agenesia dos incisivos laterais, cistos na região da linha média, hábitos (sucção de dedo) e genética podem causar diastemas.²⁹ Há várias modalidades de tratamentos existentes, incluindo o aparelho ortodôntico^{4,13,14-16}. Mesmo sendo uma opção viável²⁷, a paciente relatada no caso clínico não apresentou interesse em realizar ortodontia.

Há situações em que se faz necessário tratamento ortodôntico – restaurador para alcançar o sucesso do tratamento. A Ortodontia e as restaurações tem solucionado casos minuciosos. Existem casos em que a ortodontia é necessária, como em paciente relação molar classe II de Angle, perfil convexo, desvio de linha média, entre outros problemas osteodentais³⁰. Contudo, há a possibilidade de realização de tratamento apenas restaurador.

Restaurações diretas em resina composta para dentes anteriores é uma realidade na Dentística atual, isso devido ao avanço crescente nas formulações das mesmas, dos modernos sistemas adesivos que possibilitam a execução de restaurações estéticas adequadas, biológicas e funcionais. Contudo, as resinas apresentam desvantagens inerentes como instabilidade de cor, desgaste e contração de polimerização, resultando em restaurações de curta longevidade^{5-6,32,39-}

40

As restaurações diretas em resina composta para dentes anteriores são adequadas sob o ponto de vista biológico, estético e funcional³². Nos casos de fechamento de diastema, podem ser confeccionadas em sessão única, economizar tempo e encargos com laboratório, requerer pouco ou nenhum desgaste, propiciando uma boa relação custo/benefício para esse tipo de restauração^{12,32}. Entretanto, o sucesso funcional e estético das restaurações diretas depende principalmente do Cirurgião–dentista, requer observação, paciência e aplicação minuciosa das técnicas e protocolos existentes³³. Um fato a ser considerado é a baixa durabilidade das

restaurações em resina composta quando comparadas a restaurações indiretas, apresentando estética insatisfatória pela instabilidade de cor e baixa resistência ao desgaste, perdendo o brilho e textura^{39,40}. Para amenizar tais efeitos, na tentativa de prolongar sua vida útil, recomenda-se polimento e manutenção constantes³⁴.

As restaurações indiretas também evoluíram, hoje possuem propriedades mecânicas que possibilitam a confecção de peças extremamente finas, suficientemente resistentes após cimentadas. Possibilitando ainda realizar preparos minimamente invasivos, com apenas a remoção de retenções e/ou arestas que impeçam a perfeita adaptação da peça. A melhora das propriedades óticas permite utilizar diferentes graus de opacidade e translucidez, mascarar o remanescente dental, obtendo assim restaurações naturais e imperceptíveis^{7-8,20-22,,35,39-41}. Restaurações indiretas podem ser mais seguras e previsíveis. Para isso é necessário um correto planejamento e execução, levando em consideração o domínio dos materiais e técnica envolvidos pelo profissional e laboratório especializado^{12,34}.

As facetas indiretas são indicadas quando surgirem problemas dentais quanto a forma, posição, simetria, textura superficial e cor⁹⁻¹⁰, sendo contraindicadas nos casos de necessidade de redução significativa da estrutura dental sadia, de bruxismo ou apertamento dental, com alguma patologia periodontal grave e vestibularização severa.³⁵

Observa-se que a modalidade de restauração indireta – laminado cerâmico – vem sendo crescentemente executada e solicitada pelos pacientes, pois é um procedimento confiável, estável, estético e apresenta longevidade aceitável^{7-8,31,39-41}. Na anamnese do caso descrito, a paciente relatou constrangimento ao sorrir e, por isso, tentava esconder a deficiência estética, causada pela presença de diastema dental e restaurações antigas. Dessa forma, foi realizado o planejamento com enceramento diagnóstico, sendo esse aprovado pela paciente. O enceramento diagnóstico, as fotografias digitais, os preparos dentais com auxílio de guias de silicone e a confecção das restaurações provisórias em resina bisacrílica obtiveram maior sucesso clínico

com facetas cerâmicas ^{11,16,34-35}. Nesse relato de caso clínico, todas essas etapas foram planejadas e executadas, o que conferiu previsibilidade e sucesso ao tratamento final ^{23,33,35}.

Sendo assim, os laminados cerâmicos proporcionam um procedimento conservador, eficaz e seguro, além de possuírem uma taxa de sobrevivência satisfatória. Nesse sentido, alguns estudos de acompanhamento clínico obtiveram taxa de sucesso de 96% após 5 anos ³⁶, 94,4% após 12 anos³⁷e de 82,93% após 20 anos ³³, resultados positivos acerca do procedimento relatado nesse trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No relato de caso clínico descrito, o qual teve como propósito o fechamento de diastemas utilizando laminados cerâmicos, todas as etapas foram planejadas e executadas, procedimentos esses que conferiram previsibilidade e resultaram em uma elevada taxa de sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Goldstein RE. Study of need for esthetic in dentistry. *J Prosthet Dent.* 1969;21:589-98.
2. Keene HJ. Distribution of diastemas in the dentition of man. *Am J Physical Anthropol.* 1963;21(4):437-441.
3. Lempel E, Lovász BV, Meszarics R, Jeges S, Tóth A, Szalma J. Direct resin composite restorations for fractured maxillary teeth and diastema closure: A 7 years retrospective evaluation of survival and influencing factors. *Dent Mater.* 2017;33(4):467–476.
4. Katsarou T, Antoniadou M, Papazoglou E. Effectiveness of optical illusions applied on a single composite resin veneer for the diastema closure of maxillary central incisors. *Int J Dent* 2017; 12(1):42–59.
5. Goyal A, Nikhil V, Singh R. Diastema closure in anterior teeth using a posterior matrix. *CaseRep Dent.* 2016;25(3):885-26.
6. Calamia V, Pantzis A. Simple case treatment planning: diastema closure. *Dent Clin North Am.* 2015; 59(3):655–64.

7. Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: Correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dent Clin North Am.* 2011; 55(2):265–81.
8. Anusavice KJ. Cerâmicas odontológicas. In: Anusavice KJ. Philips, *Materiais Dentários.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 619-677 15.
9. Touati B, Mira P, Nathanson D. *Estética e Restaurações cerâmicas.* São Paulo: Santos; 2000.
10. Teixeira HM, Nascimento ABL, Emerreenciano M. Reabilitação da Estética com Facetas Indiretas de Porcelana. *J Bras Dent Estét.* 2003;2(7):219-23.
11. Guzmán-Armstrong S, Maia RR. Conservative treatment planning in veneer replacement. *J Prosthet Dent.* 2016; 115:393–6.
12. Calamia JR, Calamia CS. Porcelain laminate veneers: Reasons for 25 years of success. *Dent Clin North Am.* 2007; 51:399–417.
13. Manta GF, Goyatá FR, Gilson JGR. Restabelecimento do sorriso com clareamento dental, resina composta e facetas em cerâmica. *Clínica- Int J Braz Dent.* 2011Abr-Jun;7(2):148-54.
14. Andreiuolo F, Veiga W, Miragaya L, Dias KRHC. Fechamento de diastema com coroa de alumina densamente sintetizadas. *Rev Bras Odontol.* 2011;68(1):81-4.
15. Cal Neto JOAP, Cunha DL, Miguel JAM: Diastemas intericisais superiores associados a dentes supranumerários – considerações clínicas e relato de um caso. *J Bras Ortodon Ortop Facial.* 2002; 7(39): 239-44.
16. Reis BR, Soares PBF, Castro CG, Santos Filho PCF, Soares PV, Soares CJ. Uso de coroa cerâmica pura associada a pino de fibra de vidro na reabilitação estética do sorriso: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central.* 2010;19(50):264-9.
17. Guess PC, Schultheis S, Bonfante EA, Coelho PG, Ferencz JL, Silva NR. All-ceramic systems: Laboratory and clinical performance. *Dent Clin North Am.* 2011;55:333–52.
18. Bloom DR, Padayachy JN. Aesthetic changes with four anterior units. *Br Dent J.* 2006; 200:135–8.
19. Radz GM. Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clin North Am.* 2011; 55:353–70.
20. Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival- relato de caso. *Rev periodontia.* 2010;20(1):48-53.
21. Horvath S, Schulz CP. Minimally invasive restartion as a maxillary central incisor whit a partial veneer. *Eur J Esther Dent.* 2012 Spring;7(1):6-16.
- 22.. Davis GR, Tayeb RA, Seymour KG, Cherukara GP. Quatification pf residual dentine thickness following crown preparation. *J Dent.* 2012;40(7):571-6.

23. Schmidt KK, Chiayabutr Y, Phillips KM, Kois JC. Influence of preparation design and existing condition of tooth structure on load to failure of ceramic laminate veneers. *J Prosthet Dent.* 2011; 105:374–82.
24. Kidd EA. Microleakage: a review. *J Dent.* 1976;4(5):199-206.
25. Souza RT, Leão Filho JCB, Beatrice LCS. Cimentos auto-adesivos: eficácias e controvérsias. *Rev Dent on line.* 2011;10(21):20-6..
26. Pavan S, Santos PH, Berger S, Bedran-Russo AKB. The effect of dentin pretreatment on the micro tensile bond strength of self-adhesive resin cements. *J Prosthet Dent.* 2010 Oct;10(4):258-64.
27. Viswambaran M, Londhe SM, Kumar V. Conservative and esthetic management of diastema closure using porcelain laminate veneers. *Med J Armed Forces India.* 2015; 71:S581-5.
28. Keene HJ. Distribution of diastema in the dentition of man. *Am J Phys Anthropol.* 1963; 21:437-41.
29. Weber FN, Graber. *TM Orthodontic Principles and Practice.* 3 ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1972.
30. Pini NIP, Khoury EMDA, Pascotto RC. Tratamento interdisciplinar para reabilitação estética do sorriso. *Rev dental press éstét. Dental Press Int Est(SBOE).* 2010;7(2):40-9.
31. Baratieri LN. *Odontologia restauradora – fundamentos e possibilidades.* São Paulo: Santos; 2002.
32. Beier U.S., Kapferer I., Burtscher D., Dumfahrt H. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. *Int J Prosthodont.* 2012 Jan-Feb;25(1):79-85.
33. Aranha ACC, Marchi GM. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastema e reconstrução de laterais conoides. *JBD Rev iberoam odontol estet Dent.* 2003;2(8):303-12.
34. Araujo E. Fragmento cerâmico, uma alternativa para a realização de tratamentos estéticos minimamente invasivos. *Clínica.* 2010;6(1):14-25.
35. Camargo PM, Melnick PR, Camargo LM. Clinical crown lengthening in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc.* 2007 Jul;35(7):487-98.
36. Costello FW. Protocol for predictable porcelain veneers: case selection, preparation, temporization, cementation and finishing. *Dent Today.* 1995 Feb; 14(2):58-61.
37. Fradeani M., Redemagni M., Corrado M. Porcelain laminate veneers: 6- to 12-year clinical evaluation-a retrospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005;;25(1):9-17.

38. Friedman MJ. Porcelain Veneer Restorations: A Clinician's Opinion About a Disturbing Trend. *J Esthet Restorative Dent*. 2004;16:185-92.
39. Magne P, Perroud R, Hodges JS, Belser UC. Clinical Performance of Novel-Design Porcelain Veneers for the Recovery of Coronal Volume and Length. *Int J Periodontics Rest Dent*. 2000;20(5):440-57.
40. Souza EM, Silva e Souza JR MH, Lopes FAM, Osternack FHR. Facetas estéticas indiretas em porcelana. *JBD*. 2002;1(3):256-62
41. Pincus CL. Building mouth personality. *J Calif Dent Assoc*. 1938;14:125-9.

ANEXO

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Autorizo, gratuita e espontaneamente, a utilização pelo Cirurgião-Dentista e pelo ILAPEO de minhas imagens intra orais e extra orais, assim como modelos e dados relativos ao meu tratamento para as finalidades:

Publicação em revista científica; Pesquisa científica; Exposição em congressos científicos e Exposição em aulas e seminários com finalidade de aprendizado.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do Cirurgião-Dentista.

Curitiba 08 de Novembro de 201 7

Assinatura do Paciente ou Responsável: Barbara F. Rocha ^{Meira} RG: 10.200.349-7

Assinatura do Cirurgião-Dentista: Marcos L. Marco CRO: 26875