

Reabilitação estética anterior: relato de caso clínico

Resumo Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito obrigatório para obtenção do grau de Cirurgiões-Dentistas

[TCC completo clique aqui](#)

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Terra Quesada ¹

Orientandas: Marina Girardi Schueigart e Rafaela Stocker Salbego ²

1) Professor Associado do Departamento de Estomatologia na Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil – Especialista e Mestre pela Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil - Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Pontifícia Universidade Católica do RS.

2) Cirurgiões Dentistas.

Resumo

A motivação pela estética tem levado muitos pacientes aos consultórios odontológicos. Porém, em muitas situações, os procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos e são necessárias abordagens clínicas estéticas multidisciplinares. Este relato de caso apresenta o tratamento multidisciplinar de uma paciente que possuía um implante instalado na região do dente 11 e necessitava de reabilitação estética na região anterior superior com prótese fixa sobre implante. Para a satisfação estética do caso foram realizados múltiplos procedimentos prévios à instalação da prótese fixa sobre implante, como: cirurgia de aumento de coroa clínica, clareamento dental, fechamento de diastemas com resina composta direta, prótese provisória sobre implante e prótese fixa sobre implante. O êxito para uma reabilitação estética depende de um adequado planejamento, associando métodos e técnicas, tornando possível um sorriso agradável dentro do contexto facial.

Descritores: Reabilitação bucal. Diastema. Estética Dentária.

Abstract

The motivation for aesthetic has led many patients to dental offices, but in many situations the isolated clinical procedures do not achieve harmonious aesthetic results and aesthetic multidisciplinary clinics approaches are needed. This case report presents the multidisciplinary treatment of a patient who had an implant installed in the region of the tooth 11 and required aesthetic rehabilitation in the upper anterior region with fixed prosthesis on implant. However, for aesthetic satisfaction of the case, multiple previous procedures to the installation of fixed prosthesis on implants were performed, such as clinical crown augmentation surgery, dental whitening, diastemas closure with direct composite resin, provisionally prosthesis on implants and fixed prosthesis on implant. Success for an aesthetic rehabilitation depends on proper planning, associating methods and techniques, it is possible to make a pleasant smile within the facial context.

Descriptors: Oral Rehabilitation. Diastema. Dental Aesthetics.

Introdução

A importância da beleza e atratividade em sociedade está bem estabelecida atualmente. A estética facial, mais particularmente a estética dentária, são importantes para o bem estar psicossocial de uma pessoa. Aqueles com sorriso desarmônico são, frequentemente, associados à falta de autoconfiança e considerados em desvantagem, visto que pessoas atraentes tem maiores chances de obterem melhores empregos e são mais facilmente aceitos no convívio social.¹

Surgiram inúmeras técnicas com o intuito de solucionar problemas estéticos bucais causados por vários fatores como: perda dentária, sorriso gengival, desarmonia nas proporções dentárias, dentre outras. Estas técnicas conseguiram ao longo dos anos suprir falhas estéticas e devolver ao paciente um sorriso agradável que o tornara mais aceito na sociedade.

Milhões de indivíduos necessitam de reconstrução total ou parcial das estruturas dentárias perdidas e sofrem das consequências das sequelas destas perdas. Muitos profissionais bem intencionados e inventivos ansiaram pela resolução destes problemas com implantes dentais osseointegrados e sobre esse é confeccionada uma prótese que desempenhará a função de coroa dentária, reabilitando o paciente estética e funcionalmente.²

O fator gengival também é de primordial importância quando se fala em estética dentária. A estética é uma das grandes motivações para cirurgias de aumento de coroa clínica, que tem como objetivo, corrigir deformidades anatômicas, de desenvolvimento ou traumáticas da gengiva e mucosa alveolar.³

A teoria da proporção áurea pode ser um excelente guia para atingir o sucesso clínico da estética, sendo um método de simetria dinâmica que diagnostica e direciona o tratamento ao sucesso odontológico estético.⁴

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico multidisciplinar de reabilitação estética anterior demonstrando a importância do planejamento integrado para obter resultados mais satisfatórios.

Revisão de literatura

Apesar de os dentes serem diferentes entre si, eles possuem uma razão constante de proporcionalidade quando são vistos de frente e essa razão poderia ser aplicada a todos os pacientes, eliminando os atributos pessoais do talento dos profissionais e a necessidade de aprender fórmulas específicas para alcançar um resultado estético.⁵

Estudos dizem que existe um sistema de previsão estética que foi descrito e tem sido utilizado desde a antiguidade: a proporção áurea. Ela é descrita como uma proporção que relaciona a largura sucessiva dos dentes anteriores superiores vistos de frente, onde a largura do incisivo central superior deve estar na relação de 1,618 : 1 com o incisivo lateral superior e o último seguindo a mesma proporção com o canino superior. A genuinidade do sistema é demonstrada, mostrando exemplos na natureza e como alguns artistas e designers usaram-na.⁶

O uso de resina composta direta tem sido indicado para aumentar e alterar o tamanho da coroa anatômica de pacientes com diastemas anteriores, proporcionando o máximo de correção estética e funcional. A técnica é uma abordagem mais conservadora e prática para fechamento de espaços interdentais.⁷

O edentulismo parcial ou total eram os problemas mais difíceis de serem solucionados antigamente, porém hoje podem ser resolvidos com implantes dentários. Os pacientes vítimas de traumatismos que perderam dentes ou fragmentos ósseos puderam ser reabilitados com sucesso com próteses implanto-suportadas.⁸

Estudos apontam a importância da necessidade de manter 3 mm entre a crista óssea e a margem gengival para preservação do espaço biológico. Existem relatos na literatura demonstrando que quando existe uma distância menor do que 3 mm entre a crista óssea e a margem gengival após uma cirurgia de aumento de coroa clínica com simples gengivectomia, previsivelmente, haverá uma recidiva da posição da margem gengival para o local pré-operatório.⁹

A análise científica de sorrisos harmônicos e atraentes tem revelado a existência de princípios objetivos que podem ser sistematicamente aplicados a fim de avaliar e melhorar a estética dentária, dentofacial de modo previsível. Portanto, o entendimento desses princípios visuais podem auxiliar o profissional a eliminar a confusão e o conflito de algumas regras dentárias e aplicar com confiança os princípios estéticos em todos os tipos de tratamento que envolvem esses fatores.¹⁰

Além da teoria da proporção áurea para o planejamento estético do sorriso existem outros princípios importantes, como: a presença de um corredor bucal adequado, o alinhamento dental, a linha média dentária, a curvatura incisal. E ainda, a estética vermelha: presença de um contorno gengival regular e contínuo, o zênite gengival que é o ponto mais apical do contorno gengival de cada dente, as papilas interdentais posicionadas adequadamente.¹¹

A Odontologia tradicional oferece opções limitadas de tratamento para o paciente desdentado, porém a implantodontia pode fornecer uma série de pilares adicionais que facilitam a vida do profissional e oferecem uma opção a mais para o paciente. Dentre os tipos de próteses implanto-suportadas está a prótese fixa sobre implante, que é uma restauração fixa que substitui a coroa anatômica do dente e, geralmente, se assemelham muito com a coroa de dentes naturais.¹²

O sucesso de um tratamento restaurador em dentes anteriores depende da integração estética entre os tecidos moles e tecidos duros. O condicionamento e indução da papila interdental para evitar triângulos negros é uma alternativa simples e previsível. Para gerar indução do fechamento papilar é necessário que haja uma distância de até 5 mm entre a crista óssea alveolar e o ponto de contato proximal entre os dentes.¹³

Embora a experiência clínica com uso de resina composta direta para fechamento de diastemas seja promissora, os dados baseados em evidências sobre a longevidade são limitados. Pensando nisso, um estudo buscou evidenciar a taxa de sobrevida da técnica avaliando 327 restaurações de resina composta em um intervalo de 6 anos. Os autores constataram que a mesma foi de quase 80%, e que mais de 90% das restaurações avaliadas foram classificadas como "cl clinicamente excelentes" ou "cl clinicamente boas" ao final do período.¹⁴

Outro estudo de um acompanhamento de 5 anos de 176 restaurações de resina composta direta em 58 pacientes. Concluiu que a qualidade foi considerada excelente ou aceitável para a maioria das restaurações e o estudo demonstrou uma taxa de sobrevida funcional de 100% e uma taxa de sobrevida global de 84,6% após 5 anos. Sendo assim, a aplicação de incrementos de resina composta direta para a resolução de casos clínicos é uma abordagem de tratamento minimamente invasiva indicada e fornece uma excelente alternativa de tratamento.¹⁵

Relato de caso

Paciente de 29 anos, melanoderma, gênero feminino, procurou atendimento odontológico na Clínica Odontológica Especializada da Universidade Federal de Santa Maria. Durante a anamnese, a paciente relatou história passada de perda do elemento 11 devido a um trauma no local há cerca de 18 meses, quando procurou atendimento odontológico para reabilitação do local. Foi realizada cirurgia de colocação de um implante. Após 6 meses da cirurgia realizada a paciente retornou para continuação do tratamento nas seguintes condições: boas condições gerais de saúde periodontal e dentária, com um implante já instalado na região do dente 11, prótese provisória parcial removível, mordida profunda na região anterior e pequeno desvio de linha média, presença de diastemas generalizados, coroas dentárias curtas e o espaço para a colocação da prótese no elemento 11 não estava de acordo com os princípios estéticos, pois havia espaço excessivo na região.

O plano de tratamento proposto foi cirurgia de aumento de coroa clínica dos dentes 14, 13, 12, 21, 22, 23 e 24, com o objetivo de tornar as coroas clínicas dos dentes mais longas para melhorar a proporção largura e altura entre os dentes, clareamento dental, mock-up, restaurações para fechamento de diastemas com resina composta direta, baseando-se nos princípios de proporção áurea e por último confecção e instalação da prótese sobre implante do elemento 11. Realizou-se também um planejamento digital sobre os dentes naturais da paciente e, assim, obteve-se uma previsão de como ficaria o sorriso da paciente após a execução do plano de tratamento proposto (Figura 1).



Figura 1 – Vista anterior da arcada dentária superior, inicial com planejamento digital. Aumento das alturas incisais e proximais com Resina Composta direta e aumento cervical com cirurgia de aumento de coroa clínica.

Após o plano de tratamento ter sido proposto e aceito, foi realizada uma moldagem de estudo das arcadas superior e inferior para confecção de enceramento dos dentes 13 a 23 com o objetivo de confecção de guia cirúrgico. No enceramento foi transposto o planejamento do aumento de coroa clínica de cada dente individualmente, simulando o aumento na altura cervical que seria conseguida após a cirurgia, de acordo com o planejamento prévio.

No momento cirúrgico realizou-se a prova do guia cirúrgico em boca e constatada a necessidade de inclusão dos dentes 14 e 24 no planejamento e cirurgia. Foi realizado o delineamento da incisão inicial seguindo o contorno do guia cirúrgico, a incisão em bisel interno seguindo o delineamento, incisão intrassulcular e remoção dos colarinhos gengivais. Após, a mensuração das distâncias do espaço biológico de cada dente (Figura 2) e respectivas osteotomias e osteoplastias nos elementos onde foram necessárias, foi realizada sutura e prescrita medicação pós-operatória¹.



Figura 2 - Levantamento de retalho mucoperiosteal para medição da distância do espaço biológico.

Com 10 dias de pós-operatório foram retirados os pontos e feita a avaliação da cicatrização gengival, constatando-se que a gengiva estava saudável e a cicatrização estava em boas condições.

Após os 4 meses necessários para a cicatrização e estabilização do tecido gengival, a paciente retornou para continuação do tratamento e iniciou-se o clareamento dental de consultório, realizado em duas sessões com peróxido de hidrogênio 35%. Foi realizada uma nova moldagem das duas arcadas para confecção de novo

¹ Paracetamol 750mg de 6/6hs. E bochechos 3x ao dia com digluconato de clorhexidina 0,12%.

enceramento dos elementos 14 a 24, agora com as margens gengivais estabilizadas.

Após a obtenção do modelo encerado deu-se início ao ensaio restaurador (mock-up), que serviu para se obter o parecer da paciente quanto ao planejamento, avaliando em boca um resultado aproximado do resultado final, conforme o planejamento das restaurações. Foi realizada a duplicação do modelo encerado e confeccionada uma muralha com uma placa de polietileno, semelhante a uma placa de clareamento dental, onde foram depositados vários incrementos de resina composta na região correspondente à região vestibular, nos dentes 14 a 24, recobrimo-a por inteiro até os limites proximais da face vestibular. A placa, então recoberta por resina composta, foi posicionada em boca, pressionada sobre os dentes e fotopolimerizada por 20 segundos sobre a face vestibular de cada dente. Removeu-se a placa da boca e os incrementos de resina composta permaneceram sobre os dentes (Figura 3). Fez-se a remoção dos excessos de material com sonda exploradora e brocas de acabamento e, após, visualização do ensaio restaurador e a aprovação do planejamento pela paciente. O mock-up foi facilmente removido dos dentes da paciente com uma sonda exploradora, visto que foi dispensada técnica adesiva.



Figura 3 - Mock-up em boca.

Para auxiliar na etapa restauradora, foi confeccionada uma placa de silicone utilizando-se do mesmo modelo encerado. O material foi manipulado e pressionado sobre o modelo de gesso encerado nas faces palatais dos elementos 14 a 24 e mantido na posição até o tempo de presa final ser atingido, obtendo-se assim uma matriz que permitiu a transferência da forma obtida no enceramento para os dentes.

A partir daí iniciou-se a etapa restauradora com fechamento de diastemas e aumento de altura incisal dos elementos 14 e 24 na primeira sessão clínica, após, os

elementos 13 e 23 e na última sessão restauradora os elementos 12, 21 e 22. As restaurações foram feitas sob isolamento relativo modificado, foi realizado condicionamento com ácido fosfórico 37%, aplicação de adesivo universal e em seguida foram depositados incrementos de resina composta na região correspondente à região incisal da face lingual dos dentes na guia de silicone, executados um de cada vez, conforme o planejamento das sessões. Esses incrementos iniciais foram depositados em uma camada bem fina com uma resina de componentes ópticos similares aos do esmalte dental. A resina devidamente adaptada à guia foi posicionada em boca, mantida em posição por pressão manual conferindo contato entre dente e resina composta, fotopolimerizada por 20 segundos e então a guia foi removida e a resina foi fotopolimerizada por mais 20 segundos. Assim, com a ajuda da guia de silicone, construiu-se uma primeira camada de resina composta de componentes ópticos similares aos do esmalte na face lingual dos dentes, que serviu como guia para o depósito dos demais incrementos de resina composta sobre esse. Sobre esse primeiro incremento foram adicionados vários incrementos do material com características de dentina e, após, uma outra camada de resina com propriedades ópticas que se assemelham às do esmalte de forma a completar o volume da coroa, até que se obtivesse, de incremento em incremento, um novo formato mais adequado para os dentes. Após, foi realizado o acabamento e ajustes oclusais com lâmina de bisturi, tiras de lixa abrasivas, brocas para acabamento e discos de lixa.

Após a conclusão das restaurações foi retirado o cicatrizador, posicionado o munhão, dado o torque segundo o fabricante e confeccionado um provisório sobre implante, utilizando-se da técnica da faceta com resina dencrilay de cor 66, para promover um melhor condicionamento gengival. O provisório com cimentado com cimento de hidróxido de cálcio.

Na próxima sessão, foi feita a moldagem de trabalho das duas arcadas para confecção da prótese definitiva sobre implante em cerâmica. Para a moldagem superior utilizou-se da técnica de dupla mistura, retirando-se a prótese provisória sobre implante, posicionando-se o transferente do munhão e assim foi realizada a moldagem de trabalho superior com silicona de adição. A moldagem de trabalho inferior foi realizada com alginato e foi feito um registro de mordida em cera.

Após, foi feita a prova da estrutura metálica e devidos ajustes, seguindo-se da prova da cerâmica, ajuste oclusal e ajuste dos pontos de contato. Após glazeamento

da peça e sob isolamento relativo modificado da região, fez-se a cimentação definitiva da peça com cimento resinoso dual. Na peça, já jateada pelo laboratório com óxido de alumínio, fez-se uma limpeza imergindo-a em álcool 70º e após, aplicação de uma camada de silano. Na superfície do munhão foi aplicada uma fina camada de adesivo universal. O cimento resinoso foi proporcionado e espatulado e aplicado na região interna da peça, levada em posição e mantida com pressão digital por 5 minutos. Após, os excessos foram removidos e cada margem foi fotopolimerizada por 40 segundos. Na mesma sessão, foram realizadas algumas caracterizações das restaurações dos elementos 14 a 24 com brocas carbide multilaminadas com o objetivo de dar um efeito mais natural aos dentes restaurados e mantê-los o mais parecidos possível também com a prótese do elemento 11. Por fim, foi feito o polimento das restaurações com discos de lixa, discos de feltro e pasta diamantada para polimento de resina composta, finalizando o caso clínico. (Figura 4 e 5)



Figura 4 e 5 - Paralelo entre o sorriso inicial e o sorriso do caso finalizado..

DISCUSSÃO

Dentro da resolução do caso clínico foi utilizada a técnica da proporção áurea, que visa criar o semelhante do semelhante através de uma constante entre a razão estabelecida pelas larguras do incisivo central superior e lateral superior e deve ser de 1,618 : 1, procurando estender esta razão entre incisivo lateral superior e canino superior. Deve-se considerar também, que de uma vista frontal, o incisivo lateral superior tenha aproximadamente 62% do tamanho do incisivo central superior e o canino superior 62% do incisivo lateral superior vistos de frente. A teoria da proporção áurea promove um guia prático e provado para estabelecer a proporcionalidade em dentes anteriores. Porém, outros fatores devem ser levados em consideração, sendo assim, essa teoria não deve constituir um determinante absoluto da aparência estética.¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

Existem também outras relações de proporção levadas em consideração para o planejamento do caso clínico. Os dentes mantêm individualmente e entre si uma certa proporção que é definida como a divisão da sua largura por seu comprimento e tem sido descrita como ideal quando atinge 70 a 80% para os incisivos centrais superiores, 69% para os incisivos laterais superiores e 72% para os caninos superiores. Para o planejamento estético sugere-se também a utilização de outros fatores: presença de corredor bucal, alinhamento dentário, linha média dentária, linha do sorriso acompanhando a curvatura do lábio inferior, zênite gengival adequado e presença de papila interdental. Para gerar indução do fechamento papilar é necessário que haja uma distância de até 5 mm entre a crista óssea alveolar e o ponto de contato proximal entre os dentes. Sendo uma alternativa de baixo custo, simples, direta e previsível.¹⁹⁻²⁰⁻²¹

Pensando em seguir os princípios de proporcionalidade dentária, o planejamento do caso demandou a necessidade de aumento do tamanho das coroas dentárias. Para isso, foi necessário realizar uma cirurgia de aumento de coroa clínica, com finalidade estética. Um fator importante quando se fala em cirurgia periodontal é a preservação do espaço biológico, que se divide em 0,67mm de sulco gengival, 0,97mm de epitélio juncional e 1,07mm de inserção conjuntiva, somatizando 3mm, e é a diferença de altura entre a crista óssea e a margem gengival. A saúde gengival é fator determinante e imprescindível para realização de procedimentos cirúrgico-periodontais. Essa distância de 3mm serve para preservar o espaço biológico é o

que a natureza exige, na maioria da população, para saúde gengival e estabilidade.
22-23

Para a resolução do caso clínico a interação entre periodontia e a odontologia restauradora foi essencial. Após a cirurgia periodontal foi possível fazer uma avaliação mais precisa das possibilidades restauradoras. Na região incisal e proximais foram feitas restaurações com resina composta direta para fechamento de diastemas, de forma que dentes e prótese pudessem manter uma relação de proporção adequada. Para o ensaio restaurador, foi usada uma técnica adaptada de confecção de mock-up de Joly Carvalho e Silva, onde ao invés de silicóna de adição foi utilizado alginato, feita uma duplicação do modelo encerado para a confecção de uma muralha com placa de polietileno, e ao invés de resina Bis-Acryl, foi utilizado resina composta. Essa adaptação se justifica pela diminuição dos custos e pela facilidade de acesso ao material.²⁴

No caso clínico, nos deparamos com diastemas que são espaços entre os dentes, distorcendo um sorriso agradável e devendo ser adaptados com correções estéticas adequadas. Existe uma variedade de técnicas para recontornos dentários, incluindo tratamento ortodôntico, coroas, facetas laminadas e restaurações de resina composta direta. Porém, as opções de reparação indiretas geralmente requerem preparo e assim, um potencial de destruição da estrutura dental saudável. As técnicas diretas são mais consistentes com o conceito de tratamento restaurador minimamente invasivo. O fechamento de diastemas com resina composta, aplicadas de forma direta, é uma técnica altamente conservadora, pois não é necessário qualquer desgaste tecidual além de ofertar a possibilidade de excelente resultado estético.²⁵⁻

26

Em muitas situações os procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos, assim, são necessárias abordagem clínicas estéticas multidisciplinares. Para a resolução do caso, foi necessário, além de restaurações diretas com resina composta, utilizar-se também de técnicas reabilitadoras indiretas, como a prótese fixa implanto-suportada metalo-cerâmica que foi cimentada sobre um implante previamente instalado, substituindo o elemento 11. As duas técnicas, direta e indireta, devolveram para a paciente um sorriso harmônico de acordo com os princípios estéticos já citados. A substituição de dentes e estruturas perdidas por próteses implantadas foi uma solução que significou um avanço extraordinário na área da odontologia restauradora. Sobre o implante foi confeccionada uma prótese

que pode desempenhar uma função tão satisfatória quanto a coroa dentária de um dente natural, reabilitando a paciente esteticamente e funcionalmente. A prótese fixa sobre implante além de ser uma boa opção para substituir dentes ausentes é muito similar em tamanho e contorno às próteses fixas tradicionais utilizadas para restaurar ou substituir as coroas naturais dos dentes. O material restaurador de escolha é a porcelana com uma subestrutura com liga de metal nobre.²⁷⁻²⁸

Antes da confecção da prótese fixa definitiva foi necessário substituir a prótese provisória removível que a paciente utilizava por uma prótese provisória direta cimentada sobre implante, utilizando dente pré-fabricado. As funções da prótese provisória são proporcionar e planejar uma estética mais favorável, manter os tecidos moles em posição, servir como molde para personalizar os transferidores, restabelecer os contatos proximais, melhorar a função mastigatória e manter ou recuperar a dimensão vertical de oclusão.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente caso clínico foi necessária uma abordagem multidisciplinar para a reabilitação estética anterior superior da paciente, utilizando a associação de métodos e técnicas multidisciplinares tornando possível um sorriso agradável e harmônico dentro do contexto facial. O planejamento foi de fundamental importância para se obter o êxito final do caso clínico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON KM, BEHRENTS RG, McKINNEY T, BUSCHANG PH, Tooth shape preferences in an esthetic smile. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005; 128(4): 458-465.

ARAUJO, E. M.; FORTKAMP, S.; BARATIERI, L. N.; Closure osdiastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. J Esthet. Restor. Dent. 2005; 21(4) : 229-241.

BARATIERI LN, MONTEIRO JS, MELO TS, Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. 1ªed. São Paulo: Ed. Santos; 2012. v1.

CARDOSO AC, O Passo-a-Passo da Prótese sobre Implante: da 2º etapa cirúrgica à reabilitação final. 1ªed. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p.76-101

CARRANZA FA, NEWMAN MG, TAKEI H.H, KLOKKEVOLD PR, Periodontia Clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2007.

COLOMBINI NEP, Cirurgia Maxilofacial: Cirurgia do terço inferior da face. 2ª ed. São Paulo: Pancast editorial, 1991. p 783-800.

CONCEIÇÃO EM, Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Art-med, 2007. p.320-355.

FRANCISCHONE, A.C.; Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes antero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal. São Paulo: [s.n.], 2005. 81p. Dissertação de Mestrado. FOB/USP, 2005.

FRESE C, SCHILLER P, STAEHLE HJ, WOLFF D, Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. Journal of dentistry. 2013; 41: 979-985.

HEYMANN HO, HERSHEY HG, Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. J Prosthet. Dent. 1985; 53(6): 766-771.

JOLY JC, CARVALHO PFM, SILVA RC, Reconstrução tecidual estética: Procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares. São Paulo: Ed. ArtesMédicas, 2010. p.63-153.

KRISHNAPPA L, SHETTY J, REDDY V, SHAH A, PRASAD S, HEDGE D, REDDY C, Replacement of a congenitally missing maxillary incisor by implant supported prosthesis. J Indian Prosthodont Soc; 2012.

LEVIN EI, Dental esthetics and the golden proportion. J Prosthet Dent. 1978; 40(3): 244-252.

LOMBARDI RE, The principles of visual perception and their clinical: application to denture esthetics. J Prosthet Dent. 1973; 29(4): 358-382.

MISCH CE, Implantes Dentais Contemporâneos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2008. p.92-104.

MONDELLI J, Estética e Cosmética em clínica integrada restauradora. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2003.

PAGANI C, BOTTINO MC, Proporção áurea e a Odontologia estética. J Bras Dent Estet. 2003; 2(5): 80-85.

PETERSON LJ, ELLIS E, RUPP JR, TUCKER MR, Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2000.

ROBBINS JW, Esthetic gingival recontouring - A plea for honesty. Quintessence Int. 2000; 31(8): 553-556.

SCHILLER DW, LOPES MGK, HIRATA R, Proporção áurea na odontologia estética. Revista Estética Contemporânea. 2003: 1-14.

WOLFF D, KRAUS T, SCHACH C, PRITSCH M, MENTE J, STAEHLE HJ, DING P, Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. Journal of dentistry. 2010; 38: 1001-1009.