

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

GUSTAVO LIZABELO MAMEDE

RESOLUÇÃO ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR CONSERVADORA PARA  
FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO

BAURU

2022

GUSTAVO LIZABELO MAMEDE

RESOLUÇÃO ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR CONSERVADORA PARA  
FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em  
Odontologia - Centro Universitário  
Sagrado Coração.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dra. Giovanna Speranza  
Zabeu

BAURU

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com  
ISBD

|       |   |
|-------|---|
| M264r | <p>Mamede, Gustavo Lizabelo</p> <p>Resolução estética multidisciplinar conservadora e para fechamento de diastema: relato de caso / Gustavo Lizabelo Mamede. -- 2022.</p> <p>26f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Giovanna Speranza Zabeu</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Diastema. 2. Estetica dentária. 3. Resina composta. I. Zabeu, Giovanna Speranza. II. Título.</p> |
|-------|---|

Elaborado por Lidiane Silva Lima - CRB-8/9602

GUSTAVO LIZABELO MAMEDE

RESOLUÇÃO ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR CONSERVADORA PARA  
FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em  
Odontologia - Centro Universitário  
Sagrado Coração.

Aprovado em:

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Giovanna Speranza Zabeu (Orientadora)  
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Karin Cristina da Silva Modena  
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

## **AGRADECIMENTOS**

*Minha eterna gratidão aos meus **pais** por todo o suporte dado longo da graduação, sendo os verdadeiros responsáveis pela realização do meu sonho*

*À **Profa. Dra. Karin Modena**, pela participação em minha banca examinadora.*

*E especialmente à minha orientadora, **Profa. Dra. Giovanna Zabeu**, que me guiou durante toda a dissertação, garantindo que minha experiência fosse a melhor possível.  
Obrigado!*



## RESUMO

A presença de diastemas múltiplos na região anterior compromete a estética do sorriso e a harmonia da face, podendo interferir severamente na qualidade de vida do paciente. Este relato clínico tem como objetivo abordar uma técnica restauradora direta e conservadora para a resolução estética de diastemas anteriores múltiplos, empregando resina composta e abordando os princípios restauradores para maior previsibilidade de resultado. Inicialmente, foi realizado o clareamento associando o de consultório com peróxido de hidrogênio a 37% em uma sessão e o clareamento caseiro com peróxido de hidrogênio a 10% durante 7 dias por 1 hora diária. Após moldagem e obtenção dos modelos de gesso, o enceramento de diagnóstico foi realizado, seguido de mock-up para avaliação da forma e aprovação pela paciente e pelo profissional. Uma guia palatina em silicone de condensação foi obtida a partir do enceramento e as restaurações diretas em resina composta para o fechamento dos diastemas foram realizadas sob isolamento absoluto, utilizando sistema adesivo Ambar APS e resinas compostas Z350XT cor WE na concha palatina, Herculite Precis A2 de dentina, Renamel cor A2 de esmalte e Renamel IM. Após 30 dias foi realizado o acabamento, remoção dos excessos e polimento das restaurações, proporcionando o reposicionamento da linha média e conferindo adequada inclinação e alinhamento aos dentes anteriores. Dessa forma, podemos concluir que o conhecimento em relação aos materiais restauradores diretos e o domínio da técnica operatória, assim como a abordagem multidisciplinar do tratamento, promovem maior previsibilidade e melhor desempenho clínico das restaurações estéticas.

**Palavras-chave:** Diastema. Estética Dentária. Resina Composta.

## ABSTRACT

The presence of multiple diastemas in the anterior region compromises smile aesthetics and facial harmony and may severely interfere with the patient's quality of life. This clinical report aims to address a direct and conservative restorative technique for the aesthetic resolution of multiple anterior diastemas, using composite resin and addressing restorative principles for greater predictability of results. Initially, bleaching was carried out by associating the in-office bleaching with 37% hydrogen peroxide in one session and the at-home bleaching with 10% hydrogen peroxide for 7 days for 1 hour daily. After molding and obtaining the plaster models, the diagnostic wax-up was performed, followed by a mock-up for evaluation of the shape and approval by the patient and the professional. A palatal guide in condensation silicone was obtained from the wax-up and direct restorations in composite resin for diastema closure were performed under absolute isolation, using Ambar APS adhesive system and composite resins Z350XT color WE in the palatal shell, Herculite Precis A2 of dentin, Renamel enamel color A2 and Renamel IM. After 30 days, the finishing was carried out, removal of excesses and polishing of the restorations, providing the repositioning of the midline and providing adequate inclination and alignment of the anterior teeth. Thus, we can conclude that knowledge regarding direct restorative materials and mastery of the operative technique, as well as the multidisciplinary approach to treatment, promote greater predictability and better clinical performance of esthetic restorations.

**Keywords:** Diastema. Dental Esthetics. Resin Composite.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Sorriso inicial durante procedimento ortodôntico .....   | 11 |
| Figura 2: Avaliação intra-oral após a finalização do procedimento ortodôntico, evidenciando a distribuição de forma adequada dos diastemas.....  | 12 |
| Figura 3: Escolha de cor inicial previamente ao clareamento, sendo a cor selecionada a A2.....   | 12 |
| Figura 4: A- Aplicação de agente dessensibilizante a base de nitrato de potássio a 2,5% (Ultra EZ, Ultradent). B- Aplicação do gel de clareamento de consultório a base de peróxido de hidrogênio a 35% (Polaoffice Bulk Blue, SDI)..... | 13 |
| Figura 5: Avaliação final da cor após clareamento associado, sendo a cor selecionada A2.....   | 13 |
| Figura 6: Confeção de mock-up em resina bisacrílica Protemp™ 4 (3M ESPE, St Paul, MN, EUA) na cor A2, para verificação de forma e guias de desoclusão.....   | 14 |
| Figura 7: Escolha de cor por matiz, croma e valor.....   | 14 |
| Figura 8: A- Resultado do sorriso. B – Aspecto final após acabamento e polimento....   | 16 |



## SUMÁRIO

|   |                      |    |
|---|----------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO.....      | 8  |
| 2 | OBJETIVOS.....       | 10 |
| 3 | RELATO DE CASO ..... | 11 |
| 4 | DISCUSSÃO .....      | 17 |
| 5 | CONCLUSÃO .....      | 19 |
| 6 | REFERÊNCIAS .....    | 20 |



## 1 INTRODUÇÃO

A busca por tratamentos restauradores visando sorrisos mais claros e harmônicos aumentou nas últimas décadas, devido a exigência estética social dos pacientes. Atrelado a isso, a evolução dos materiais restauradores adesivos permitiu tratamentos altamente conservadores para pequenas e grandes alterações dentárias, com o mínimo desgaste (BARATIERI, 2001). Para a resolução dessas alterações, é imprescindível um planejamento multidisciplinar, como Ortodontia, Dentística, Periodontia e Prótese, visando tratamentos com alta qualidade e previsibilidade.

Dentre diversas alterações estéticas existentes, estão os diastemas dentários, que são espaços entre os dentes relacionados a ausência ou lacuna entre os contatos proximais (BOLTON, 1958; HUANG, CREATH, 1995). Os diastemas dentários ocorrem frequentemente na população adulta, afetando em grande proporção o gênero feminino e pacientes asiáticos. Geralmente sua etiologia é de caráter multifatorial, podendo estar relacionada às anomalias dentárias de forma e tamanho, bem como pela discrepância dentoalveolar de Bolton (BOLTON, 1958). No entanto, outros fatores também podem estar envolvidos no desenvolvimento dos diastemas, como as características hereditárias, hábitos deletérios, desequilíbrio muscular, migração dentária fisiológica ou patológica, agenesia dentária, odontomas, cistos, fissuras palatinas, trespasses horizontal acentuado, defeitos na sutura intermaxilar e inserção do freio labial próximo a margem gengival (HUANG, CREATH, 1995). Embora possa estar presente em toda cavidade oral, é mais prevalente na região anterossuperior da maxila, por esse motivo, o apelo estético pela harmonização do sorriso faz com que os indivíduos procurem o tratamento desse espaçamento, havendo diversas opções de intervenção terapêutica para a correção do problema (CHU, 2007).

Para o tratamento dos diastemas dentários é necessário um planejamento minucioso e individual e, em algumas situações clínicas, abordagens exclusivamente ortodônticas podem ser realizadas. Quando o tamanho e volume dos dentes estão alterados, mesmo após o tratamento ortodôntico, a estética facial pode ser prejudicada, com a presença de espaços, perda de volume na face vestibular, hipotonicidade muscular do lábio superior e acentuação do sulco nasogeniano (HUANG, CREATH, 1995; CHU et al., 2007).

Uma alternativa para corrigir discrepâncias no tamanho e no formato dos dentes e realizar o fechamento dos diastemas é o tratamento com restaurações diretas de resina composta, procedimento conservador e minimamente invasivo, onde é realizado apenas o acréscio de materiais restaurador, sem necessidade de desgastes das estruturas dentais (WILLHITE et al., 2005; SCOTTI et al., 2019; ISHIKIRIAMA et al., 2021). Por outro lado, os laminados cerâmicos também são considerados uma alternativa de tratamento para o fechamento dos diastemas dentários. Entretanto, trata-se de uma opção que muitas vezes exige desgaste dos dentes para promover espaço e eixo de inserção, maior número de sessões clínicas e maior custo. Além disso, depende da habilidade e comunicação com o técnico de laboratório e é de difícil reparo (MALULY-PRONI et al., 2018).

Diante disso, a abordagem restauradora em resina composta é considerada uma boa opção principalmente para pacientes jovens em virtude do maior conservadorismo. Um diagnóstico preciso associado à um adequado plano de tratamento, considerando uma análise detalhada da oclusão, do sorriso, incluindo fotos faciais e intraorais, enceramento diagnóstico ou planejamento digital do sorriso são indispensáveis para uma correta abordagem restauradora.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo deste relato de caso foi apresentar a resolução estética de um fechamento de diastema após tratamento ortodôntico associando clareamento de consultório e caseiro e reanatomização com resina composta dos elementos 13 ao 23.

### 3 RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, 35 anos, procurou atendimento odontológico no curso clínico de estética do Instituto Cecília Veronezi (Bauru, SP, Brasil) devido a insatisfação com a estética do seu sorriso, principalmente pelo formato dos dentes. Durante exame clínico, observou-se a presença de diastemas generalizados acometendo os dentes ântero-superiores. A paciente já estava sobre tratamento ortodôntico, entretanto a posição dos dentes ainda não estava de forma adequada para reabilitação estética (Figura 1). Neste primeiro atendimento, foi realizada uma requisição ao ortodontista indicando redistribuição proporcional dos espaços entre os dentes 11, 12, 21 e 22.

Figura 1: Sorriso inicial durante procedimento ortodôntico.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Após 6 meses, a paciente retornou para uma nova reavaliação do posicionamento e distribuição dos espaços entre os dentes. Uma vez que os dentes apresentavam um posicionamento correto para realizar a reanatomização seguindo as proporções adequadas dos dentes, o aparelho foi removido (Figura 2).

Figura 2: Avaliação intra-oral após a finalização do procedimento ortodôntico, evidenciando a distribuição de forma adequada dos diastemas.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Inicialmente, foram realizadas as moldagens dos arcos dentários superior e inferior com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine, Itália) para confecção de modelo de estudo e enceramento diagnóstico 11, 12, 13, 21, 22 e 23, considerando a proporção de altura e largura e proporção áurea, distribuindo os espaços entre os diastemas de forma planejada. Na mesma sessão, foi realizado o registro de cor dos dentes da paciente (cor A3 – Figura 3), profilaxia com pedra pomes e clareamento de consultório com peróxido de hidrogênio a 35% (Polaoffice Bulk Blue, SDI, Cologne, North Rhine-Westphalia, Alemanha). Previamente a colocação da barreira gengival e do gel, foi aplicado dessensibilizante de ação neural a base de nitrato de potássio, na concentração de 2,5% Ultra EZ, Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil) por 10 minutos, seguido de lavagem para remoção do produto (Figura 4A). O gel clareador foi inserido sobre a vestibular dos dentes anteriores superiores e inferiores após colocação da barreira gengival por 30 minutos (Figura 4B).

Figura 3: Escolha de cor inicial previamente ao clareamento, sendo a cor selecionada a A2.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Figura 4: A- Aplicação de agente dessensibilizante a base de nitrato de potássio a 2,5% (Ultra EZ, Ultradent). B- Aplicação do gel de clareamento de consultório a base de peróxido de hidrogênio a 35% (Polaoffice Bulk Blue, SDI).



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Ao final da sessão, as orientações ao paciente para o início do clareamento caseiro foram realizadas, com gel a base de peróxido de hidrogênio a 10% (Opalescence Go, Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil), com protocolo de 1 hora por dia durante 7 dias. Após um período de 14 dias do término do clareamento, a cor estabilizou em A2 (Figura 5).

Figura 5: Avaliação final da cor após clareamento associado, sendo a cor selecionada A2.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Em sessão seguinte, uma guia de silicone de condensação laboratorial (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, Itália) foi realizado sobre esse modelo encerado para confecção do ensaio restaurador (mock-up). A guia foi recortada na região cervical e ameias para evitar excessos e manter o correto contorno gengival obtido no enceramento. Em seguida, uma resina bisacrílica (Protemp™ 4, 3M ESPE, St Paul,

MN, EUA) foi manipulada e inserida na guia e levada em posição na arcada superior por 4 minutos (Figura 2). Nesse tempo, excessos da resina não polimerizados na região cervical foram removidos com microbrush e gaze. Após os 4 minutos, a guia foi removida de posição e o ensaio restaurador foi avaliado. Excessos remanescentes foram desgastados com ponta diamantada de granulação fina em baixa rotação e multiplicadora e o acabamento foi dado com borrachas abrasivas (Figura 6).

Figura 6: Confeção de mock-up em resina bisacrílica Protemp™ 4 (3M ESPE, St Paul, MN, EUA) na cor A2, para verificação de forma e guias de desocclusão.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Na fase restauradora, inicialmente foi realizada a seleção de cor, cuja matiz e croma foram determinados pela inserção de pequenos incrementos de resina de esmalte e polimerizadas sobre a superfície vestibular no terço cervical do dente 11 (Figura 7A). A seleção do valor foi avaliada por meio de foto monocromática (Figura 7B). As resinas compostas selecionadas foram Filtek Z350XT (3M ESPE, St Paul, MN, EUA) cor WE para confecção da concha palatina, Herculite Precis (Kerr, Brea, CA, EUA) cor A2 para a camada de dentina, Renamel (Cosmedent, Curitiba, PR, Brasil) cor A2 para a camada de esmalte cromático e Renamel (Cosmedent, Curitiba, PR, Brasil) cor IM para camada de esmalte incisal acromático.

Figura 7: Escolha de cor por matiz, croma e valor.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

Após a seleção de cor, foi realizado o isolamento absoluto do campo operatório com dique de borracha (Madeitex, São José dos Campos, SP, Brasil). Com o campo operatório devidamente limpo e seco, realizou-se a asperização da superfície do esmalte vestibular com ponta diamantada no 2135 (Kg Sorensen, Cotia, SP, Brasil) e iniciou-se o procedimento adesivo, através do condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM, Joinville, SC, Brasil) durante 30 segundos em esmalte, seguido da aplicação do sistema adesivo Ambar APS (FGM, Joinville, SC, Brasil).

Na sequência, a guia palatina foi posicionada na boca do paciente e uma fina camada de aproximadamente 0,3 milímetros da resina Filtek Z350XT WE foi inserida sobre a face palatina. Em seguida, foram inseridos os incrementos de resina composta de dentina, esmalte cromático no terço cervical e médio e esmalte acromático no terço incisal. Ao longo de toda a técnica incremental, a fotoativação foi realizada por 40 segundos utilizando o fotopolimerizador LED Radium-Cal 1000mW/cm<sup>2</sup> (SDI, Cologne, North Rhine-Westphalia, Alemanha).

Após remoção do isolamento absoluto, foi realizado o acabamento inicial de todas as restaurações, com pontas diamantadas de granulação fina em baixa rotação e disco diamantado de granulação grossa e média (Sof-lex Pop On, 3M ESPE, St Paul, MN, EUA). O ajuste oclusal e movimentos de protusão e lateralidade foram feitos com os mesmos materiais de acabamento. O polimento inicial foi realizado com borracha abrasiva (One Gloss, Shofu, Kyoto, Japão).

Após 1 mês, o polimento final foi realizado com borracha abrasiva (One Gloss, Shofu, Kyoto, Japão), escova impregnada com carbeto de silício (Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil) e disco de feltro com pasta diamantada (Enamelize, Cosmedent, Curitiba, PR, Brasil). O aspecto final das restaurações anteriores e posteriores estão presentes nas figuras 8A e 8B, onde é possível constatar a integração dos procedimentos estéticos com as expectativas do paciente, estando em harmonia com a face e alinhado com os parâmetros de manutenção da saúde e função.

Figura 8: A- Resultado do sorriso. B – Aspecto final após acabamento e polimento.



Fonte: Instituto Cecília Veronezi

## 4 DISCUSSÃO

O planejamento de fechamento de diastema é extremamente desafiador, uma vez que em muitas situações clínicas o fechamento de diastema não é possível com apenas Ortodontia ou Dentística, mas sim pela associação das especialidades. Para que a resolução estética seja possível e satisfatória, é essencial o conhecimento do profissional dos parâmetros e princípios estéticos da face e dos dentes. Em muitas situações clínicas, em virtude do volume e tamanho reduzido dos dentes anteriores do paciente, o fechamento dos espaços sem acréscimo de material restaurador invariavelmente traz resultados desarmonicos e pouco estéticos (BOLTON, 1958; PINTO et al., 2013; ISHIKIRIAMA et al.; 2012).

O presente caso clínico mostrou a presença de diastema nos dentes anteriores decorrente de discrepâncias dentoalveolares. Geralmente nestes casos, o tratamento de eleição recai sobre restaurações diretas ou indiretas. Entretanto, em muitas situações clínicas, como no presente relato, o tratamento multidisciplinar se faz necessário, integrando o tratamento ortodôntico para restabelecer a proporção largura-altura, seguido por tratamentos, como o clareamento e as restaurações com resina composta (ISHIKIRIAMA et al., 2012; SCOTTI et al., 2019). Para que um resultado satisfatório fosse atingido, enceramento de diagnóstico foi utilizado. Esta ferramenta é de extrema importância para auxiliar no restabelecimento dos padrões estéticos como: tamanho, formato, proporção de altura e largura dos dentes e a proporção áurea (ABDUO, 2017). Além disso, o uso do enceramento para confecção de ensaio restaurador (mock-up) possibilita previsibilidade durante o procedimento restaurador para fatores decisivos como a seleção de cor, adaptação cervical, perfil de emergência, necessidade de desgaste ou não, entre outros.

Para a seleção do material restaurador a ser utilizado, o foco principal é na escolha baseada na escolha de cor, uma vez que as resinas nanohíbridos e nanoparticulados apresentam propriedades mecânicas satisfatórias e por vezes bastantes semelhantes à estrutura dentária, como resiliência, padrão de desgaste, manutenção da lisura e resistência a fratura (HEINTZE et al., 2015). Além disso, a contração de polimerização pode ser modulada através das técnicas de fotoativação e técnica incremental, de modo a favorecer o grau de conversão, o excelente polimento e a estabilidade de cor, com boas propriedades ópticas no que se refere aos fenômenos que mimetizam o comportamento da estrutura dentária como

fluorescência, translucidez, opalescência, alta gama de cromas, diferentes saturações e variações de valor (SPROULL, 2001; BAZOS, MAGNE, 2011; HEINTZE et al., 2015). A técnica incremental empregada na confecção das restaurações com resina composta permite a estratificação das cores, bem como reduz a contração de polimerização, possibilita maior grau de conversão e compensa parcialmente o estresse nas paredes cavitárias, permitindo maior controle na inserção dos incrementos e refinamento da escultura (SPROULL, 2001; BAZOS, MAGNE, 2011; HEINTZE et al., 2015; PECHO et al., 2016).

Até o presente momento, a literatura tem indicado alta longevidade clínica para restaurações em resina composta em dentes anteriores, com falha variando de 0% a 4,1%. Diante do caso exposto, fica evidente que problemas estéticos como diastemas múltiplos são corrigidos com excelência por restaurações diretas em resina composta provendo também um efetivo desempenho clínico ao longo do tempo (LASKE et al., 2016; PECHO et al., 2016).

## **5 CONCLUSÃO**

O presente relato de caso clínico mostrou a importância de um tratamento multidisciplinar com a integração multidisciplinar, entre Ortodontia e Dentística, para fechamento de diastema em caso de discrepâncias dentoalveolares. A escolha de procedimento restaurador direto aditivo com resina composta é a base da Odontologia de Mínima Intervenção. Além disso, o adequado planejamento proporciona resultados previsíveis e com alta satisfação estética.

## 6 REFERÊNCIAS

ABDUO, J. Geometrical effects of conventional and digital prosthodontic planning wax-ups on lateral occlusal contact number, contact area, and steepness. **J Oral Sci**, v. 59, n. 3, p. 431-438, 2017.

BARATIERI, L.N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos; 2001, cap.7: 463- 482.

BAZOS, P.; MAGNE, P. Bio-emulation: biomimetically emulating nature utilizing a histo-anatomic approach; structural analysis. **Eur J Esthet Dent**, v. 6, n. 1, p. 9-19, 2011.

BOLTON, W.A. Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion. **Angle**, v. 28, n. 3, p. 113-120, 1958.

CHU, S.J. Range and mean distribution frequency of individual tooth width of the maxillary anterior dentition. **Pract Proced Aesthet Dent**, v. 19, n. 4, p. 209-215, 2007.

HEINTZE, S.D.; ROUSSON, V.; HICKEL, R. Clinical effectiveness of direct anterior restorations: a meta-analysis. **Dent Mater**, v. 31, n. 5, p. 481,495, 2015.

HUANG, W.J.; CREATH, C.J. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. **Pediatr Dent**, v. 17, n. 3, p. 171-179, 1995.

ISHIKIRIAMA S.K. et al. Tratamento restaurador integrado. **Full Dent Sci**, v. 3, p.208-2015, 2012.

ISHIKIRIAMA, S.K. et al. A Suggested Technique to Restore a Stable and Tight Contact Point in Diastema Closure. **Oper Dent**, v. 46, n. 2, p. 136-142, 2021.

LASKE M. et al. Longevity of direct restorations in Dutch dental practice: descriptive study out of a practice based research network. **J Dent**, v. 46, p. 12-17, 2016.

MALULY-PRONI, A.T. et al. Minimum intervention management of diastema closure using cordless displacement system and laminate veneers: A 2-year follow-up. **Eur J Dent**, v. 12, n. 3, p. 446-449, 2018.

PECHO, O.E. et al. Relevant optical properties for direct restorative materials. **Dent Mater**, v. 32, n. 5, p. 105-112, 2016.

PINTO, R.C. et al. Minimally invasive esthetic therapy: a case report describing the advantages of a multidisciplinary approach. **Quintessence Int**, v. 44, n. 5, p. 385-391, 2013.

SCOTTI, C.K. et al. Abordagem restauradora estética e conservadora para o fechamento de diastemas múltiplos após tratamento ortodôntico: relato de caso. **Clin Lab Res Dent**, v. 149526, p. 1-10, 2019.

SPROULL, R.C. Color matching in dentistry. Part II. Practical applications of the organization of color. **J Prosthet Dent**, v. 86, n. 5, p. 458-464, 2001.

WILLHITE, C. Diastema closure with freehand composite: controlling emergence contour. **Quintessence Int**, v. 36, n. 2, p. 138-140, 2005.