

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

**Reabilitação da dimensão vertical de oclusão em paciente com desgaste severo
generalizado: Um relato de caso**

Campo Grande – MS

2025

Sofia Takeuchi Prestes

**Reabilitação da dimensão vertical de oclusão em paciente com desgaste severo
generalizado: Um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul para
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Victor
Augusto Alves Bento.

Campo Grande – MS

2025

Sofia Takeuchi Prestes

**Reabilitação da dimensão vertical de oclusão em paciente com desgaste severo
generalizado: Um relato de caso**

Resultado: _____

Campo Grande (MS) _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

**Orientador: Prof. Dr. Victor Augusto Alves Bento Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**

**Avaliadora: Prof.ª Dr.ª Luciana Mara Negrão Alves Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**

**Avaliadora: Prof.ª Dr.ª Luciane Massaroto Gonçalves Machado Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**

DEDICATÓRIA

A minha família, que carregou cada peso invisível desta caminhada. Vocês foram o abraço que me acalmou, a palavra que me levantou e o amor que me fez seguir. Esta conquista é tão de vocês quanto minha. Vocês podem ler o meu diploma com o meu nome, mas eu sempre irei ler com o de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu pai João Prestes, por ter acreditado em mim desde o início e plantado em mim a confiança que me trouxe até aqui.

A minha mãe Aline Takeuchi, por todo o amor, paciência e por ser meu exemplo de dedicação e resiliência. A minha irmã Nádia, minha maior torcedora e minha força, e à Marcela, amiga de todas as fases, pela amizade verdadeira e constante apoio.

Ao Vinicius Hirabayashi, meu namorado e companheiro de profissão, por ser inspiração, apoio e incentivo em cada etapa desta jornada.

A minha dupla, Eduarda, por ser minha parceira nesta jornada e por ser o equilíbrio de tudo.

Aos colegas de turma Giovanna, Danielle, Lucas, João, Ketelyn e Isabela, por tornarem o caminho mais leve e repleto de risadas e aprendizado.

Aos professores, em especial o meu orientador Victor Bento, pela dedicação, incentivo e exemplo de amor à Odontologia, obrigada pela amizade e por ser impecável em tudo o que faz.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e ao Projeto de Reabilitação Oral da Faodo/UFMS, pela oportunidade de aprendizado e crescimento que marcaram minha formação.

Ao professor e diretor Fábio Nakao Arashiro por sempre se propor a melhorar cada vez mais a nossa instituição.

Este trabalho é o reflexo de cada pessoa que fez parte dessa trajetória.

Chegar até aqui é a prova de que acreditar, mesmo quando tudo parece difícil, sempre vale a pena.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung.

RESUMO

Prestes ST. Reabilitação da dimensão vertical de oclusão em paciente com desgaste severo generalizado: Um relato de caso. Campo Grande 2025. [Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

O desgaste dentário severo é uma condição multifatorial que pode comprometer significativamente a estética, a função mastigatória e a dimensão vertical de oclusão (DVO), sendo frequentemente associado ao bruxismo e fatores erosivos. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, com desgaste dentário generalizado associado ao bruxismo e à perda de DVO, reabilitado por meio de abordagem conservadora. Após avaliação clínica e funcional, o tratamento foi conduzido de forma progressiva, com reestabelecimento inicial da DVO por meio de prótese parcial removível tipo *overlay*, utilizada durante oito meses para adaptação neuromuscular e oclusal. Em seguida, foram confeccionadas restaurações diretas em resina composta nano-híbrida com incorporação de zircônia nos dentes anteriores e posteriores, associadas a acabamento e polimento em múltiplas sessões para otimização estética e funcional. Após finalização da reabilitação, foi confeccionada uma placa interoclusal em resina acrílica rígida para uso noturno, com o objetivo de proteger as restaurações e minimizar os efeitos do bruxismo. O tratamento proporcionou restabelecimento da dimensão vertical, função mastigatória e estética do sorriso, com resultados previsíveis e satisfatórios. Conclui-se que a combinação de técnicas adesivas diretas e o uso de próteses tipo *overlay* representa uma alternativa previsível, estética e economicamente viável para reabilitações de alta complexidade,

Palavras-chaves: Desgaste dos dentes, Bruxismo, Prótese parcial temporária, Restauração dentária permanente.

ABSTRACT

Prestes ST. Rehabilitation of the vertical dimension of occlusion in a patient with severe generalized wear: A case report. Campo Grande 2025. [Undergraduate Thesis – Federal University of Mato Grosso do Sul].

Severe tooth wear is a multifactorial condition that can significantly compromise aesthetics, masticatory function, and vertical dimension of occlusion (VDO), often associated with bruxism and erosive factors. This study aims to report the clinical case of a 47-year-old male patient with generalized tooth wear associated with bruxism and loss of VDO, rehabilitated through a conservative approach. After clinical and functional evaluation, treatment was conducted progressively, with initial reestablishment of VDO using a removable partial denture (overlay type), used for eight months for neuromuscular and occlusal adaptation. Subsequently, direct restorations in nano-hybrid composite resin with zirconia incorporation were fabricated in the anterior and posterior teeth, associated with finishing and polishing in multiple sessions for aesthetic and functional optimization. After completion of the rehabilitation, a rigid acrylic resin interocclusal splint was fabricated for nighttime use, with the aim of protecting the restorations and minimizing the effects of bruxism. The treatment provided restoration of vertical dimension, masticatory function and smile aesthetics, with predictable and satisfactory results. It is concluded that the combination of direct adhesive techniques and the use of overlay-type prostheses represents a predictable, aesthetic and economically viable alternative for highly complex rehabilitations.

Keywords: Tooth wear, Bruxism, Temporary partial denture, Permanent dental restoration.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Plano de tratamento estruturado para o relato de caso.....16

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensão vertical de oclusão.....	13
Figura 2 – Elementos dentários	14
Figura 3 – Radiografias Periapicais	15
Figura 4 – Montagem de modelos no ASA.....	16
Figura5 – Prótese Overlay.....	17
Figura 6 – Tratamento endodôntico.....	18
Figura 7 – Retentores intrarradiculares.	19
Figura 8 – Prova do Mock-up.....	20
Figura 9 – Cirurgia de aumento de coroa.....	21
Figura10 – Restauração Overlay.....	22
Figura 11 – Restauração de facetas inferiores.	23
Figura 12 – Restauração das facetas superiores.	23
Figura 13 – Instalação da placa interoclusal.	24
Figura 14 – Antes e depois do tratamento.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA – Articulador Semi-Ajustável

DVO – Dimensão Vertical de Oclusão

DVR – Dimensão Vertical de Repouso

JIG – Jaw Interference Guide

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. RELATO DE CASO.....	12
3. DISCUSSÃO.....	26
4. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	34
ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	38

1. INTRODUÇÃO

O desgaste dentário é definido como a perda de estrutura dental ocasionados por processos não cariosos, mas sim por atrição, abrasão e erosão, decorrentes por substâncias químicas internas ou externas [1,2]. Sua prevalência aumenta com a idade, de cerca de 3% aos 20 anos para 17% aos 70 anos, e embora geralmente apresenta uma progressão lenta, pode culminar em dor, comprometimento funcional e alterações estéticas faciais e, em casos mais avançados, perda de suporte posterior da oclusão e, consequentemente, perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) [1].

Entre os principais fatores etiológicos do desgaste está o bruxismo, definido pela American Academy of Sleep Medicine (AASM), como uma atividade muscular mastigatória repetitiva involuntária, que pode se manifestar pelo apertar ou ranger dos dentes, ou pela contração ou propulsão mandibular [2,3]. O bruxismo pode ser classificado como bruxismo do sono (ritmado ou não ritmado) ou de vigília (sustentado ou repetitivo), a depender do seu padrão circadiano, no qual ambos provocam o desgaste dentário [2,3]. A prevalência do bruxismo é estimada em até 20% da população adulta, com maior incidência em mulheres, sendo sua origem multifatorial [2].

O desgaste dentário pode ser ocasionado tanto pelo bruxismo quanto por outros mecanismos, como erosão ácida provocado por ingestão de bebidas ácidas ou refluxo gastrointestinal ou pela abrasão provocado por atrito alimentar ou o ato da escovação, assim, tornando fundamental a diferenciação desse diagnóstico para a correta abordagem terapêutica [4]. Essa compreensão orienta uma estratégia de tratamento mais eficaz, abrangendo medidas preventivas, orientação ao paciente, planejamento criterioso do tratamento e escolha apropriada dos materiais restauradores, quando necessário [5].

Em casos de desgaste dentário severo com ausência de suporte posterior, e consequentemente, perda de DVO, se faz necessário a associação de procedimentos

estéticos com reabilitações protéticas, como restaurações de recobrimento e próteses parciais removíveis, a fim de reestabelecer a dimensão vertical, a função mastigatória e a estética [5]. O uso de próteses removíveis tipo overlay são indicadas especialmente para casos de reestabelecimento de DVO, pois possibilita o alinhamento do plano oclusal e a recuperação funcional de maneira previsível, podendo ser utilizada como tratamento temporário ou definitivo, conforme a necessidade clínica [6]. As restaurações de recobrimento como facetas e overlay é uma técnica minimamente invasiva como alternativa para casos de desgaste generalizado, especialmente em pacientes com bruxismo, onde o objetivo é preservar o máximo possível da estrutura dental natural, no qual oferecem vantagens como maior conservadorismo, menor custo e facilidade de reparo, sendo confeccionada de forma direta, semi-indireta e indireta [7,8].

Diante do apresentado, este estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso de uma reabilitação oral com necessidade de reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão de um paciente com desgaste severo generalizado associado ao bruxismo. O plano de tratamento visou restabelecer a função mastigatória e a estética de forma integrada e conservadora.

2. RELATO DE CASO

2.1 Cadastro do relato de caso

Este relato de caso foi inserido em uma série de casos aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brasil (CAAE nº84251424.4.0000.0021) (Anexo 1).

2.2 Anamnese

Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAODO/UFMS), encaminhado para o projeto de extensão de “Reabilitação Oral na Clínica de Odontologia de Saúde Coletiva” com queixa principal de “dor na mandíbula em decorrência de apertamento dos dentes”. Durante a anamnese, ao avaliar o estado geral de saúde, constatou-se que o paciente não apresentava comorbidades sistêmicas relatadas e não fazia uso de nenhum medicamento e/ou drogas ilícitas, porém, relatou o hábito de apertar e ranger os dentes durante o sono, percebendo episódios de bruxismo noturno. Além disso, informou o consumo frequente de água com limão em jejum, o que pode ter contribuído para o desgaste erosivo associado.

2.3 Exame físico

No exame físico extraoral, observou-se redução da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), evidenciada por diminuição do terço inferior da face, caracterizado por projeção anterior mandibular e fortes marcações das linhas de expressão. Não foram observadas alterações na tonicidade muscular, assimetria facial ou sinais de dor à palpação dos músculos orofaciais (Figura 1).



Figura 1 – Dimensão Vertical de Oclusão. A – Frontal; B – Perfil.

No exame físico intraoral, observou-se, no arco superior, a ausência dos dentes 18, 27 e 28 e presença de restaurações em amálgama nos dentes 17 (OV) e 16 (D). Constatou-se, ainda, desgaste dentário severo decorrente do bruxismo nos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, além de lesões cervicais não cariosas localizadas nos dentes 13, 14, 23 e 24. No arco inferior, verificou-se a ausência dos dentes 37, 38, 46, 47 e 48. Foram identificadas restaurações em amálgama nos dentes 34 (O), 35 (O) e 36 (OV), bem como lesões cervicais não cariosas nos dentes 36, 44 e 45. Observou-se, ainda, desgaste severo generalizado nos dentes 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45, decorrente de bruxismo (Figura 2).

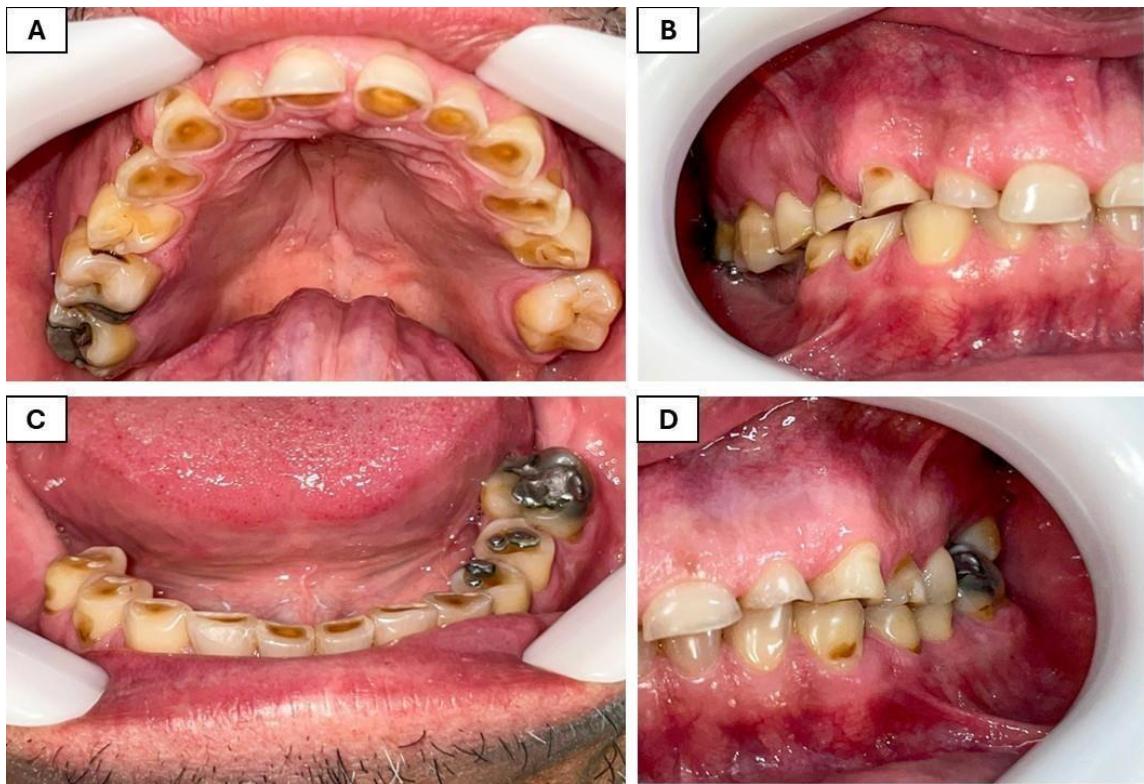


Figura 2 – Elementos dentários. A- Arcada superior. B – Lado direito. C – Arcada inferior. D – Lado esquerdo

2.4 Exames complementares

Nos exames complementares, foram realizadas radiografias periapicais de toda a arcada dentária superior, com o objetivo de avaliar a presença de lesões periapicais e quantificar proporção coroa-raiz-osso para futuro planejamento de retentor radicular (Figura 3).

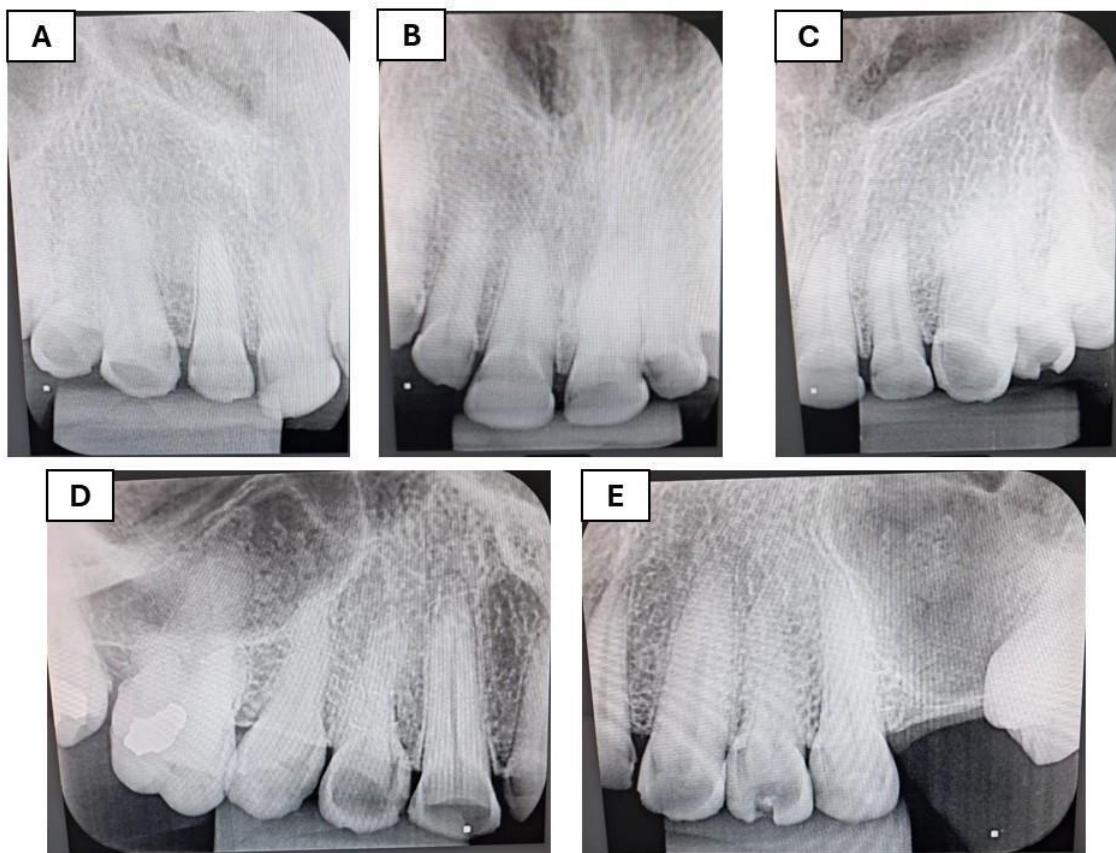


Figura 3 – Radiografias periapicais. A, B, C, D e E - Radiografias periapicais dentes superiores

Para obtenção dos modelos de estudo para diagnóstico e planejamento do plano oclusal foi realizado moldagem com alginato Jeltrate plus (Dentsply ®). Foi confeccionado JIG de Lúcia para reestabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), utilizando resina acrílica autopolimerizável red (JET, Clássico®), foi aumentado 3mm nos dentes anteriores e 1mm nos dentes posteriores, e a espessura do JIG auxiliou na determinação do tamanho da nova DVO, além disso, teve o auxílio de compasso de Willis para contabilização da Dimensão Vertical de Repouso (DVR). Posteriormente, realizou o registro da distância intercondilar com o arco facial e o registro de mordida com a cera rosa nº 7 (Lysanda®). Assim, realizando a montagem no Articulador Semi-Ajustável (ASA), conforme apresentado na Figura 4.

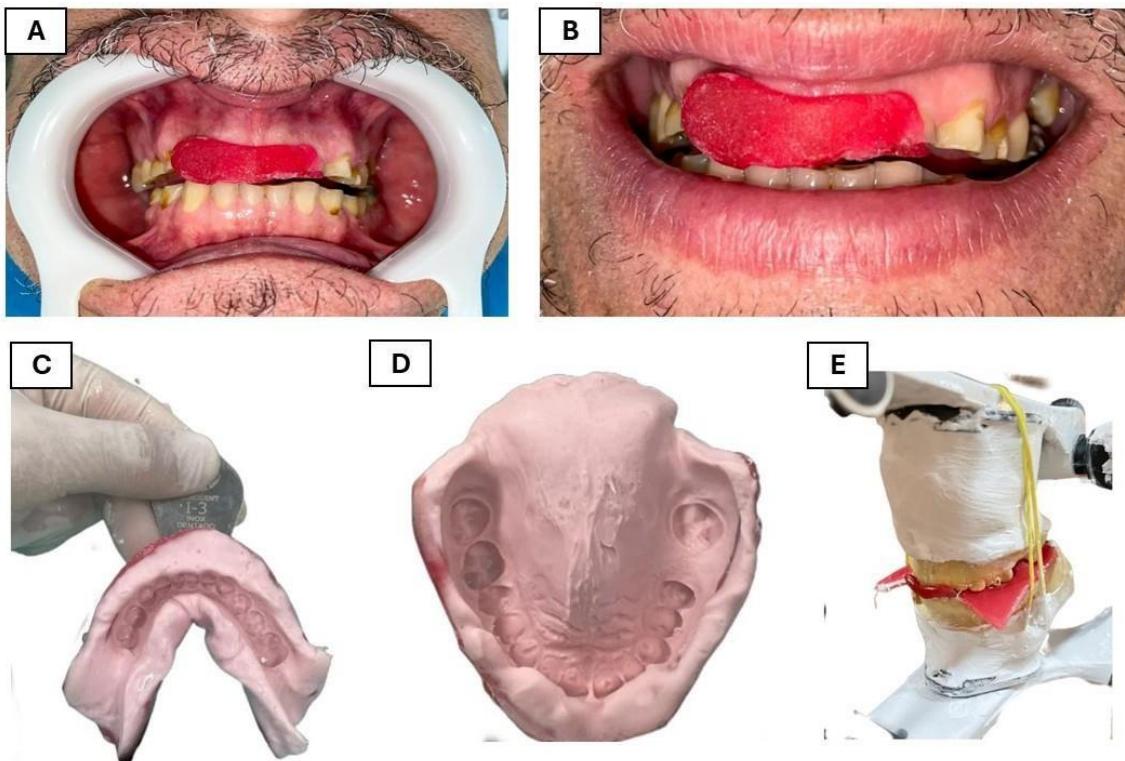


Figura 4 – Montagem de modelos no ASA. A e B – Imagens frontal com JIG em posição. C – Moldagem inferior. D – Moldagem superior. E – Modelos montados em ASA.

2.5 Plano de tratamento

Após a avaliação e o estudo de caso, foi elaborado um plano de tratamento individualizado, considerando as condições financeiras do paciente e os recursos disponíveis na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAODO/UFMS). A proposta foi apresentada, discutida e aprovada pelo paciente, sendo o tratamento estruturado em diferentes fases, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Plano de tratamento estruturado para o relato de caso.

Fases do Plano de Tratamento	Procedimentos a serem executados
Fase 1	Prótese Overlay removível superior
Fase 2	Tratamento endodôntico
Fase 3	Retentores intrarradicular
Fase 4	Mock-up
Fase 5	Cirurgia de aumento de coroa clínica
Fase 6	Restaurações de tabletops
Fase 7	Restaurações de facetas

2.6 Prótese Overlay removível superior (Fase 1)

Após montagem dos modelos no Articulador Semi-Ajustável (ASA), foi realizado o planejamento da confecção da prótese overlay removível superior, com o objetivo de restabelecer a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) do paciente com um dispositivo temporário, a fins de maior previsibilidade da adaptação com a nova dimensão. Essa etapa teve como finalidade avaliar a adaptação funcional e o conforto do paciente, bem como verificar possíveis ajustes necessários antes do tratamento definitivo. Para confecção da prótese overlay, foi realizada a seleção de cor dos dentes, utilizando a escala Biolux (Biolux®), sendo escolhida a cor 69, a fim de garantir a harmonia estética com a dentição natural. No momento da instalação, constatou-se a necessidade de reembasamento, no qual foi executado com resina acrílica autopolimerizável pela técnica de escultura à pincel. Em seguida, procedeu-se sua instalação verificando contatos oclusais, além de orientações quanto ao método de uso e orientações de higienização. O paciente utilizou a prótese por um período de oito meses, período em que se realizou todo o tratamento (Figura 5).



Figura 5 – Prótese Overlay. A - Escolha da cor da prótese. B – Prova da prótese Overlay. C – Reembasamento. D – Aspecto imediato após instalação.

2.7 Tratamento endodôntico (Fase 2)

Foi realizado o tratamento endodôntico nos elementos dentários 14,13,12,11,21,22,23 e 24, no qual os elementos 14 e 24 foram tratados devido ao alto desgaste dentário e exposição da câmera pulpar, enquanto os elementos 13-23 foram tratados para futura colocação de retentores radiculares. Todos os elementos tiveram o tratamento endodôntico pela técnica de instrumentação manual e condensação de cone único (Figura 6).

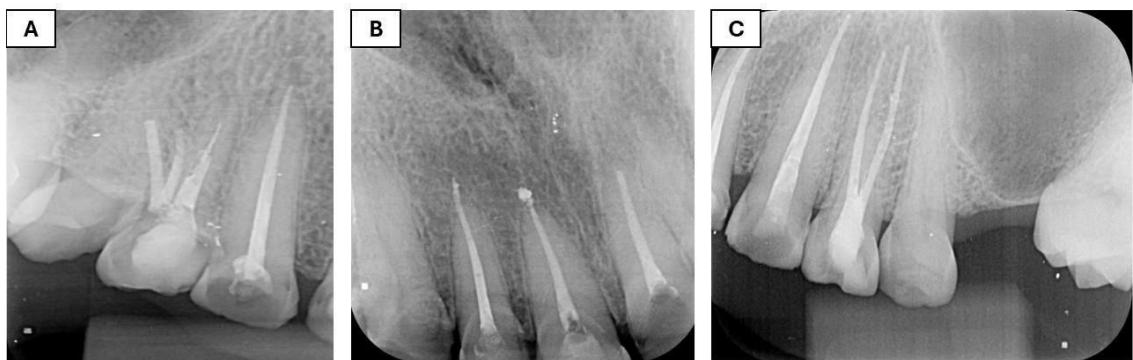


Figura 6 – Tratamento endodôntico. A – Canal obturado dentes 14 e 13. B – Canal obturado dentes 12, 11 e 21. C – Canal obturado dentes 22, 23 e 24.

2.8 Retentores intrarradicular (Fase 3)

Foi realizada a desobturação dos condutos radiculares tratados endodônticamente dos elementos dentários 11 (10mm), 12 (12mm), 13 (17mm), 21 (8mm), 22 (11mm) e 23 (15mm), mantendo-se 4mm de guta-percha apical remanescente. Escolheu-se para todos os elementos retentor intrarradicular de pino de fibra de vidro Exacto (Angelus®), no qual foi utilizado os pinos de tamanho nº1 para os elementos 11, 12, 13, 21 e 22, e nº 0,5 para o dente 23. A cimentação foi realizada com cimento resinoso dual autoadesivo RelyX U200 (3M ESPE®). Em seguida, foi realizada a confecção dos núcleos de

preenchimento com resina composta universal Filtek Z250 XT- cor A2 (3M ESPE®) em todos os elementos (Figura 7).



Figura 7 – Retentores intrarradiculares. A – Numeração dos pinos de fibra de vidro. B – Pinos de fibra de vidro cimentados. C – Núcleo de preenchimento.

2.9 Mock-up (Fase 4)

Foi realizado enceramento de diagnóstico sobre os modelos de gesso montados no ASA, seguindo a DVO previamente definida pelo JIG. O enceramento determinou a necessidade de aumento incisal e cervical dos dentes anteriores superiores, assim indicando a necessidade de aumento de coroa clínica. Utilizou-se silicone de condensação Optosil Comfort Putty KULZER® para a confecção das muralhas superior e inferior no modelo de gesso. A prova do mock-up foi confeccionada com resina bisacrílica Primma Art FGM® cor A2. A resina foi colocada na muralha e mantido em boca por 5 minutos, durante esse processo os excessos foram cuidadosamente removidos com sonda exploradora nº 5. Após remoção da muralha, realizou-se o acabamento com pontas diamantadas, gaze e álcool 70. O mock-up foi apresentado ao paciente, que aprovou o resultado. Além disso, foi observado o correto estabelecimento da DVO, evidenciado pela correta proporção do terço inferior da face (Figura 8).

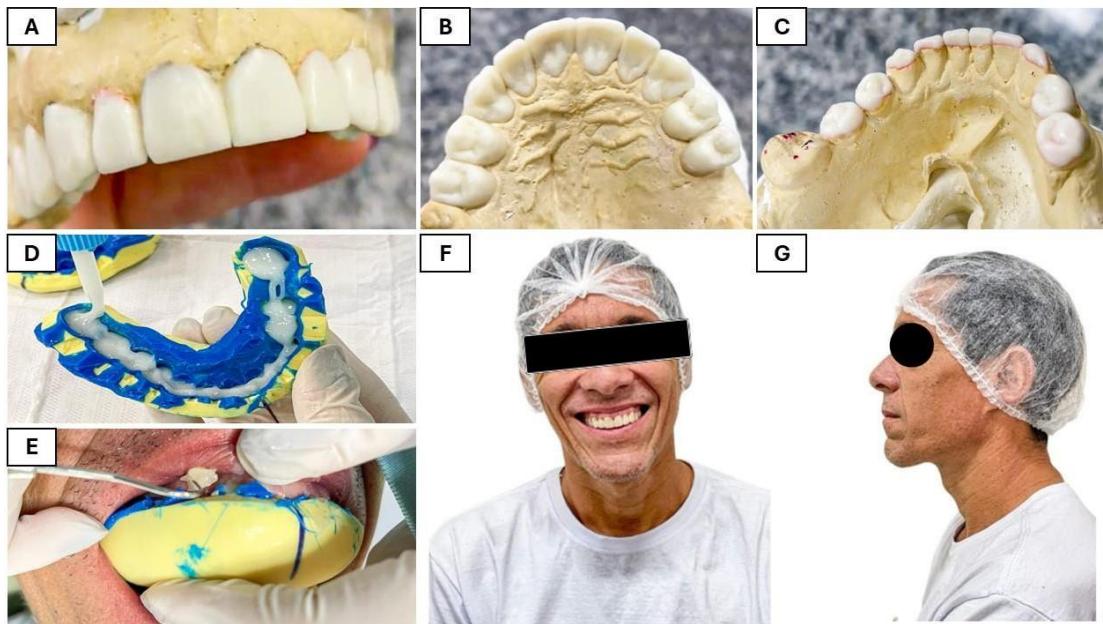


Figura 8 – Prova do Mock-up. A e B – Enceramento diagnóstico dentes superiores. C – Enceramento diagnóstico dentes inferiores. D – Inserção da resina bisacrílica na muralha de silicone. E – Muralha superior posicionada e remoção de excesso com sonda exploradora. F – Frontal do paciente com mock-up em boca. G – Perfil do paciente com mock-up em boca.

2.10 Cirurgia de aumento de coroa (Fase 5)

Foi confeccionado um guia cirúrgico com placa rígida de resina acrílica de 1,5mm para plastificadora a vácuo (Essence ®), através da duplicação do modelo encerado. O guia cirúrgico demonstrou a necessidade de remoção gengival de 2mm vertical nos elementos 11 e 21, 1,0mm vertical nos elementos 12 e 22. A cirurgia foi executada com auxílio de Laser de Diodo de com comprimento de onda de 808 ± 5 nm (Soft Lase Pro™ Zap Laser, Pleasant Hill, California, USA), com potência de 1,2 W, no modo interrompido (0,05 ms) com diâmetro da fibra de 400 mm, fluência do pulso de 90 J/cm², seguido de irrigação com soro fisiológico, garantindo melhor acabamento e menor trauma tecidual. Durante o procedimento, constatou-se a necessidade de remoção do freio labial superior, realizado com lâmina de bisturi nº 15c. Os pontos cirúrgicos foram removidos 15 dias após o procedimento (Figura 9).

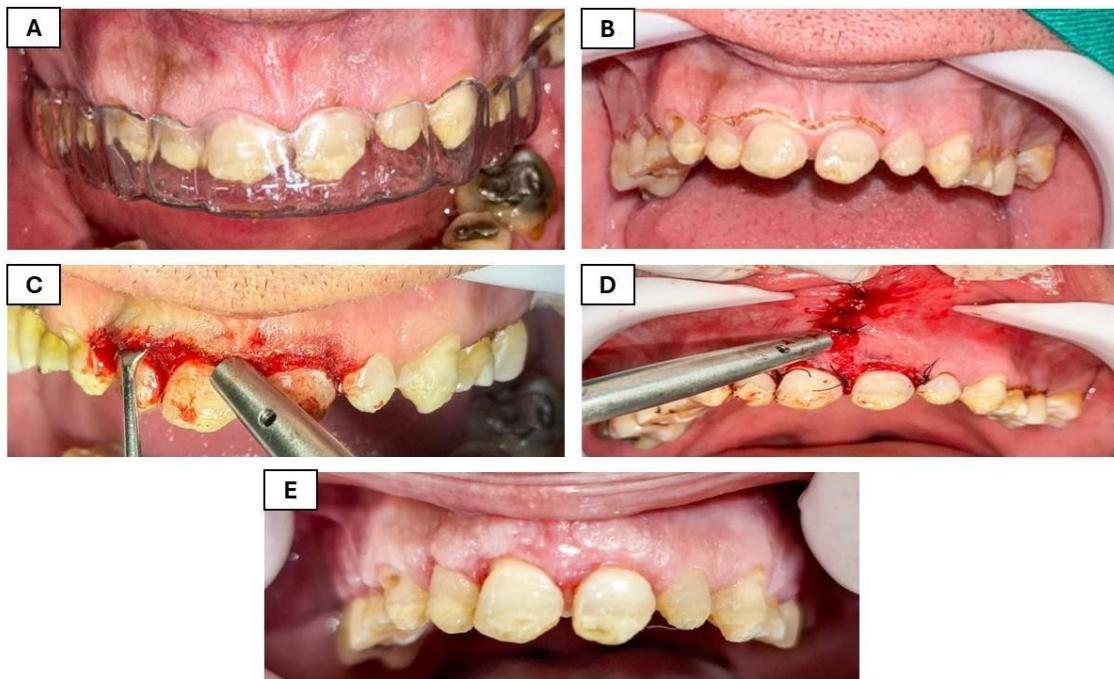


Figura 9 – Cirurgia de aumento de coroa. A – Guia cirúrgico em posição. B – Incisão feita a laser. C – Descolamento do retalho mucoperiostal com descolador de Molt. D – Pós cirúrgico imediato com suturas finalizadas. E – Pós-operatório de 15 dias.

2.11 Restaurações Overlay (Fase 6)

Foi necessário a restauração de tabletops nos elementos 14,15,24,25,34,35,44 e 45, sendo necessário a remoção das restaurações em amálgama presente nos dentes 34(O) e 35(O). Foi selecionado a resina composta Forma® cor EA2 (Ultradent®). Foi confeccionado guia de silicone transparente com Silic-One Clear Body (FGM ®) para realização do aumento oclusal seguindo a DVO estabelecida pelo enceramento de diagnóstico. A restauração foi realizada a cada um elemento, no qual o isolamento e proteção dos dentes adjacentes, utilizou-se Teflon, permitindo o condicionamento ácido seletivo sem risco de contaminação das superfícies vizinhas. O condicionamento ácido foi realizado com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos em toda a superfície dental, seguido de lavagem abundante com jato de água e secagem com jato de ar, posteriormente, aplicou-se o sistema adesivo OptiBond™ (Kerr®) com o auxílio de microbrush e fotoativação por 40 segundos. A restauração foi confeccionada através da

colocação da resina no guia transparente, de forma que envolvesse todas as faces do elemento, levando o guia em boca foi aplicado pressão leve para favorecer a adaptação e adesão do material à superfície dental e em seguida fotoativação por 40s em cada superfície (Figura 10).

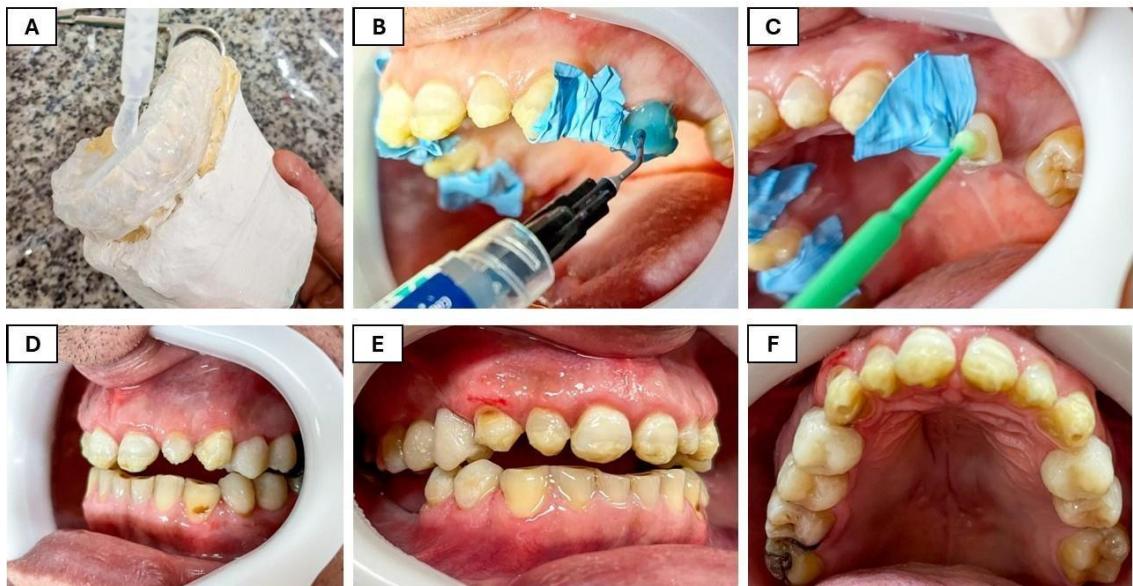


Figura 10 – Restauração Overlay. A – Confecção do guia para restauração. B – Aplicação do ácido fosfórico 37% em toda a superfície dentária. C – Aplicação de adesivo com microbrush em toda a superfície dentária. D – Restauração dos dentes 24, 25, 34 e 35 finalizadas. E – Restauração dos dentes 14, 15, 44, 45 finalizadas. F- Vista oclusal das restaurações superiores finalizadas.

2.12 Restaurações de facetas (Fase 7)

Foi necessário a restauração de facetas nos elementos 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42 e 43, sendo necessário um desgaste na face vestibular dos dentes inferiores para correta adequação do material restaurador. As restaurações foram realizadas seguindo o mesmo protocolo estabelecido nas restaurações de Overlay (item 2.11), sendo realizado a arcada inferior (Figura 11) e em sequência a superior (Figura 12).

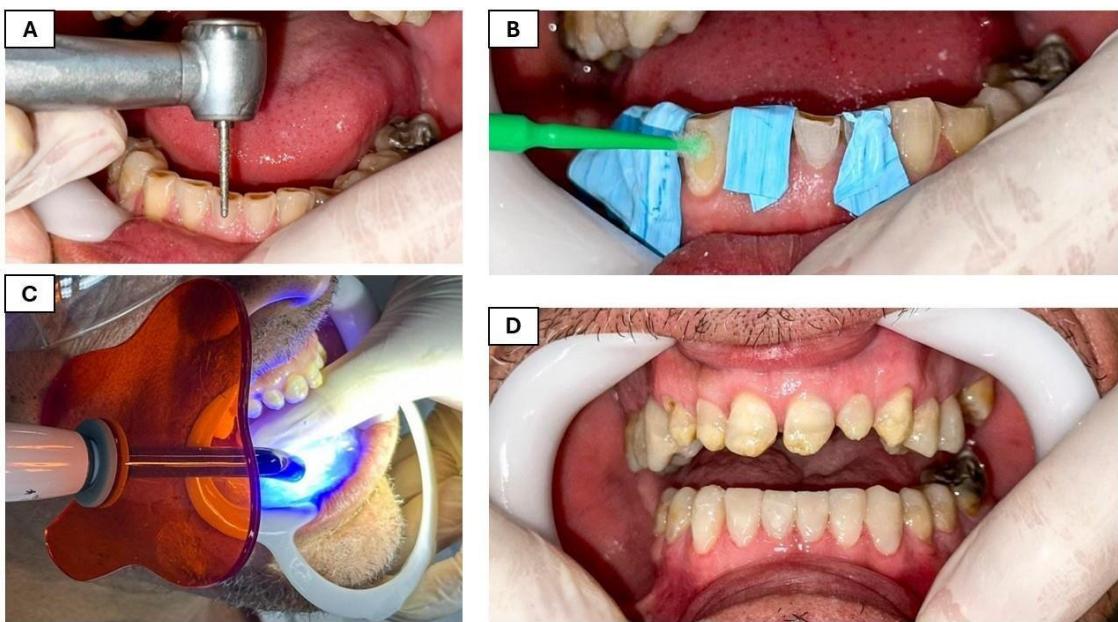


Figura 11 – Restauração de facetas inferiores. A – Desgaste da face vestibular. B – Aplicação do adesivo com microbrush em toda a superfície vestibular. C – Fotoativação com a guia de restauração em posição. D – Aspecto final da restauração.

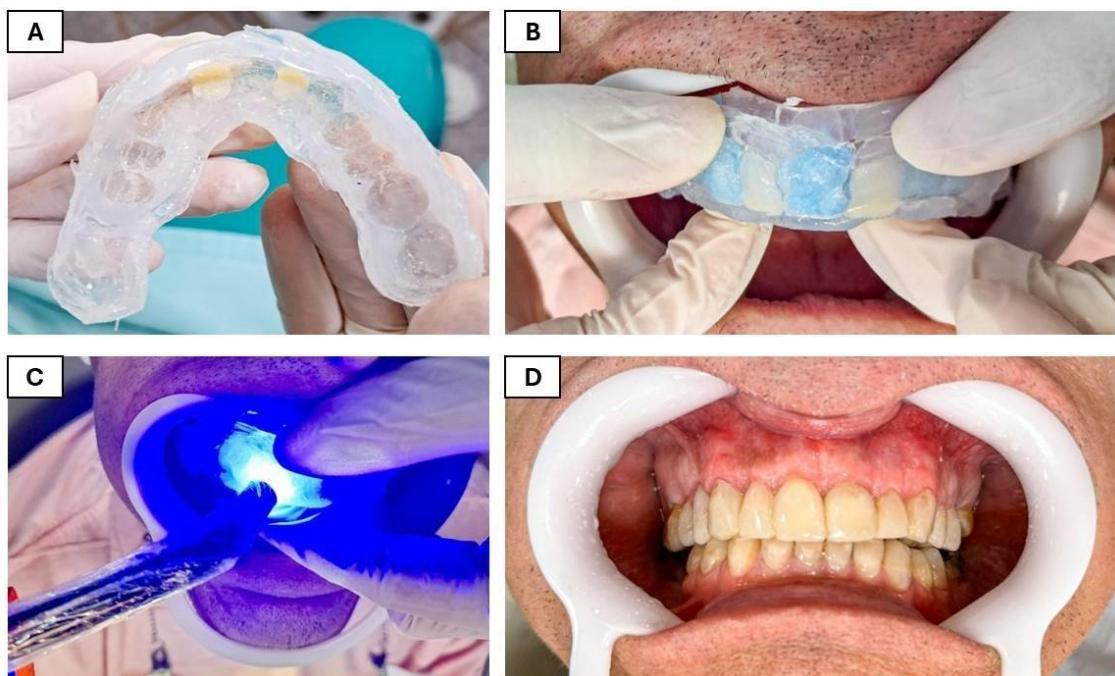


Figura 12 – Restauração de facetas superiores. A – Guia da restauração com resina. B – Guia em posição. C – Fotoativação com a guia de restauração em posição. D – Aspecto final da restauração.

2.13 Placa interoclusal

Após a reabilitação completa, foi confeccionada uma placa interoclusal para uso noturno, com o objetivo de preservar as restaurações realizadas e minimizar os efeitos deletérios do bruxismo. O paciente foi moldado com alginato das arcadas superior e inferior, e a placa foi confeccionada em resina acrílica rígida, posteriormente instalada e ajustada para garantir o correto assentamento, estabilidade e contato uniforme entre todos os dentes em máxima intercuspidação. A utilização da placa interoclusal é fundamental na fase de manutenção de casos reabilitados, pois atua como dispositivo protetor das estruturas dentárias e restauradoras, além de promover o relaxamento muscular e reduzir a sobrecarga oclusal decorrente de hábitos parafuncionais. Dessa forma, sua implementação contribuiu significativamente para a longevidade do tratamento e para o conforto funcional do paciente.

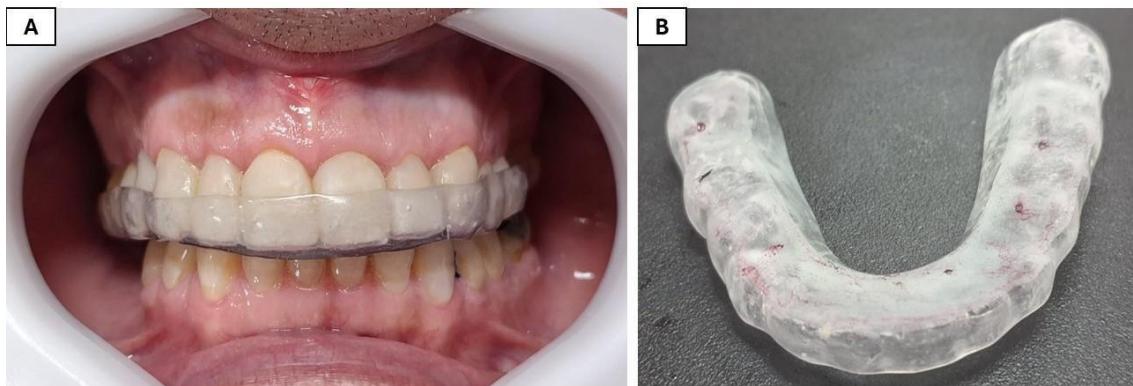


Figura 13 – Instalação de Placa interoclusal. A – Placa interoclusal instalada. B – Placa interoclusal.

2.14 Acompanhamento

O paciente teve mais três sessões de acabamento e polimento das restaurações, sendo acompanhado durante um mês após finalização do caso. Vale ressaltar o relato do paciente quanto a satisfação do caso, melhoria significativa na função e estética, além da melhoria na qualidade de vida social (Figura 14).



Figura 14 – Antes e Depois do tratamento. A – Foto antes do tratamento. B – Foto depois do tratamento.

3. DISCUSSÃO

O relato de caso apresentado visa a importância de um planejamento criterioso e integrado para o tratamento de pacientes com desgaste dentário severo generalizado associado ao bruxismo e perda de DVO, necessitando de reabilitação funcional e estética. O uso da prótese removível overlay antecedente a restaurações diretas com resina composta é apresentado como técnicas conservadoras de alta previsibilidade, ao mesmo tempo eficaz na função mastigatória, entrega de adequada oclusão e estética, respeitando a individualidade do paciente e o período de adaptação diante do reestabelecimento da dimensão vertical.

O manejo clínico do desgaste dentário severo associado ao bruxismo constitui um desafio complexo, envolvendo alterações funcionais, estéticas e estruturais significativas. A literatura contemporânea enfatiza que o sucesso terapêutico depende da compreensão detalhada da etiologia multifatorial e da aplicação de estratégias restauradoras conservadoras, progressivas e baseadas em evidências [9,10]. Neste relato de caso, a etiologia do desgaste severo parece estar relacionada à associação entre o bruxismo noturno e o consumo frequente de bebidas ácidas, como água e limão. Esse achado corrobora com o estudo de Wetselaar e Lobbezoo, no qual o desgaste dentário multifatorial, envolvendo atrição e erosão química, foi descrito como causa predominante em pacientes com bruxismo ativo [11].

Em casos de desgaste severo com perda da DVO, a reabilitação requer abordagem gradual e controlada [11]. Pesquisas recentes indicam que o aumento progressivo da DVO pode ser realizado de forma segura, respeitando os limites fisiológicos do sistema estomatognático, e que a utilização de mock-up ou restaurações provisórias permite avaliação funcional da musculatura e articulação temporomandibular antes da reabilitação definitiva [12,13]. As próteses tipo overlay e as restaurações indiretas

funcionam como instrumentos diagnósticos e terapêuticos, permitindo testar a nova DVO e restabelecer a função mastigatória de forma reversível e controlada [11-13]. Estudos clínicos demonstraram que o uso de próteses overlay favorecem a adaptação oclusal, minimizam riscos biomecânicos e contribuem para a previsibilidade do resultado final [14,15]. No presente caso, o paciente utilizou a prótese tipo overlay por aproximadamente oito meses, período suficiente para observar boa adaptação muscular, conforto funcional e estabilidade oclusal antes da etapa restauradora definitiva.

Neste caso clínico foi realizada cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica nos dentes anteriores superiores, a fim de restabelecer a proporção estética entre coroa e gengiva, facilitando o acabamento cervical das facetas diretas. Essa etapa cirúrgica contribuiu para o equilíbrio do contorno gengival e para a harmonia do sorriso, aspectos fundamentais na reabilitação estética [16]. A necessidade do reestabelecimento da estética vermelha frente à casos de reabilitação são frequentemente necessários, principalmente em casos de desgastes dentários generalizados, no qual um crescimento ósseo com extrusão em bloco é comum [14-16]. Neste relato o paciente apresenta um alto sorriso gengival, causado tanto pelo crescimento excessivo vertical da maxila quanto pelo sorriso alto, causado pelo excesso de contração do músculo levantador do lábio.

As restaurações adesivas em resina composta apresentam grande vantagens quanto a compatibilidade elástica à dentina/esmalte, reversibilidade do tratamento e, principalmente, preservação da estrutura dental, capazes de proporcionar correta estabilidade funcional e manutenção estética em pacientes com desgaste dentário generalizado, inclusive na presença de bruxismo ativo [17,18]. Uma revisão sistemática indicou taxas de sucesso superiores a 80% quando utilizado restaurações adesivas, evidenciando que essa abordagem constitui uma alternativa minimamente invasiva às reabilitações cerâmicas, particularmente em pacientes jovens ou com limitações

estruturais [19]. No presente relato, foi necessário realizar um pequeno desgaste na face vestibular dos dentes anteriores para regularizar o substrato, seguido pela aplicação direta da resina composta e acabamento com discos abrasivos e borrachas de polimento em três sessões distintas. Esse protocolo foi essencial para a obtenção de brilho, lisura superficial e maior resistência ao manchamento.

A seleção criteriosa de materiais com propriedades mecânicas compatíveis à dentina natural, como resinas compostas nano-híbridas, é recomendada para dissipação adequada das tensões oclusais e prevenção de falhas marginais [20]. Neste estudo, foi utilizada uma resina nano-híbrida com partículas de zircônia, cuja incorporação melhora o polimento final e confere maior resistência ao desgaste, importante em pacientes com parafunção do bruxismo. Assim, o desempenho restaurador é influenciado não apenas pelo material empregado, mas principalmente pela integração entre diagnóstico preciso, planejamento funcional controle oclusal e acompanhamento clínico sistemático [21].

A longevidade das restaurações adesivas está diretamente associada ao controle oclusal e aos protocolos de manutenção clínica, proporcionando acabamentos e polimentos, reparos e conscientização de hábitos do paciente [22]. No presente relato, foram realizadas três sessões de acabamento e polimento, visando preservar o brilho superficial e reduzir o acúmulo de biofilme, o que contribui para maior longevidade estética e funcional. Além disso, ensaios clínicos recentes destacam que ajustes oclusais precisos e o emprego de placas interoclusais contribuem significativamente para a preservação funcional, minimizando falhas adesivas e fraturas marginais [23,24]. No caso relatado, a placa interoclusal teve como finalidade proteger as restaurações contra sobrecargas e minimizar os efeitos deletérios do bruxismo, promovendo conforto muscular e estabilidade oclusal durante o repouso.

Em síntese, o sucesso na reabilitação de pacientes com desgaste severo depende de uma abordagem multidisciplinar com interação entre técnicas adesivas conservadoras, reabilitação progressiva da DVO, controle rigoroso dos fatores etiológicos, e manutenção periódica. Este paradigma clínico permite alcançar resultados previsíveis em termos funcionais, estéticos e estruturais, reforçando a viabilidade da abordagem conservadora baseada em resina composta e restaurações indiretas. Além disso, o custo-benefício favorável das restaurações diretas em resina composta representa um fator determinante na escolha terapêutica, especialmente em pacientes que necessitam de tratamentos funcionais, estéticos e acessíveis. Esse paradigma clínico permite alcançar resultados previsíveis em termos funcionais, estruturais e estéticos, reforçando a viabilidade da abordagem conservadora fundamentada em princípios adesivos e controle oclusal individualizado.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o sucesso em casos de desgaste dentário severo depende da integração entre diagnóstico preciso, planejamento individualizado, execução clínica criteriosa e manutenção periódica. A combinação de técnicas adesivas diretas e o uso de próteses tipo *overlay* representa uma alternativa previsível, estética e economicamente viável para reabilitações de alta complexidade, reforçando a importância de abordagens minimamente invasivas na odontologia contemporânea.

REFERÊNCIAS

1. Wetselaar P, Lobbezoo F. The Tooth Wear Evaluation System: A modular clinical guideline for the diagnosis and management of worn dentitions. *J Oral Rehabil.* 2023;50(3):259–266.
2. Silva GF, Carvalho AC, Costa MF. Management of severe tooth wear with resin composite: A case series with 5-year follow-up. *J Esthet Restor Dent.* 2023;35(6):753–760
3. Goldstein G, DeSantis L, Goodacre C. Bruxism: Best Evidence Consensus Statement. *J Prosthodont.* 2021;30(Suppl 1):91–101.
4. Torres CRG, Pereira JC, Amaral FLB. Adhesive restoration longevity in patients with bruxism: A 5-year retrospective study. *J Prosthet Dent.* 2023;129(2):242–248.
5. Crins L, van Pelt H, Witter DJ, Creugers NHJ. Three-year clinical performance of direct and indirect restorations for the treatment of severe tooth wear in the anterior dentition. *J Dent.* 2021;107:103618.
6. El-Fakhrany OM, Kabbash MA, Abou-ElFadl M. Overlay removable partial denture as an alternative treatment modality for management of worn dentition. *Case Rep Dent.* 2015;2015:381245.
7. Silva J, Santos F, Oliveira M. Minimally invasive treatment of worn dentition with resin composite restorations: A 3-year clinical evaluation. *Oper Dent.* 2022;47(2):154–163.
8. Mehta SB, Banerji S, Carr A, Millar BJ. In vivo survival and success of direct anterior composite restorations in patients with tooth wear: A systematic review. *J Dent.* 2021;103:103510.

9. Loomans B, Opdam N. A systematic review of restorative treatment options for worn dentition. *J Esthet Restor Dent.* 2022;34(3):333–341.
10. Rodrigues FP, et al. Survival of adhesive restorations for severe tooth wear: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2023;102(4):415–426.
11. Wetselaar P, Lobbezoo F. The relationship between tooth wear and bruxism: A clinical perspective. *J Oral Rehabil.* 2023;50(3):223–239.
12. Hsu YT, et al. Functional and esthetic rehabilitation with vertical dimension increase: A 5-year prospective follow-up. *J Prosthodont Res.* 2022;66(6):742–751.
13. Awada A, et al. Evaluation of neuromuscular adaptation following increase of vertical dimension: A clinical trial. *J Oral Rehabil.* 2023;50(3):312–320.
14. Basso M, et al. Progressive occlusal rehabilitation using overlay prostheses: Clinical adaptation and follow-up. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 2024;32(1):22–31.
15. Wiegand A, et al. Indirect composite overlays for generalized tooth wear: A 5-year clinical study. *J Dent.* 2025;142:105502.
16. Cairo F, et al. Periodontal plastic surgery to enhance restorative outcomes: A review. *Clin Oral Investig.* 2022;26(5):4213–4223.
17. Schmidlin PR, Imfeld T. Clinical performance of direct composite restorations in patients with bruxism: A 4-year prospective study. *Clin Oral Investig.* 2022;26(5):3807–3815.
18. Silva GF, et al. Longevity of composite veneers in bruxism patients: 5-year case series. *Oper Dent.* 2023;48(1):45–53.
19. Rodrigues L, et al. Adhesive restorations in severe tooth wear: Systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2024;131(2):230–238.

20. Veríssimo C, et al. Influence of restorative material elasticity on stress distribution in worn teeth rehabilitation. *Dent Mater*. 2024;40(2):221–229.
21. Pimenta L, et al. Composite vs. ceramic in vertical dimension rehabilitation: A randomized clinical trial. *Int J Prosthodont*. 2024;37(3):235–244.
22. Mehta SB, et al. Clinical outcomes of direct composite restorations in worn dentition: A 3-year prospective study. *Br Dent J*. 2023;235(5):241–248.
23. Torres C, et al. Adhesive restorations in worn dentition: A retrospective clinical evaluation. *J Prosthet Dent*. 2024;131(2):230–238.
24. Zin T, et al. Full-mouth adhesive rehabilitation for severe wear: Five-year clinical performance. *Clin Oral Investig*. 2024;28(1):97–106.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação oral em desgaste dentário severo generalizado com ausência de suporte posterior: Um relato de caso

Pesquisador: VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84251424.4.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.457.450

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Reabilitação oral em desgaste dentário severo generalizado com ausência de suporte posterior: Um relato de caso" é proposto pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul através do pesquisador responsável Víctor Augusto Alves Bento.

O objetivo principal do projeto foi apresentar um método de reabilitação oral para um paciente com desgaste dentário severo e ausência de suporte posterior. Espera-se, como resultado, demonstrar a eficácia das próteses removíveis para o tratamento desse tipo de desgaste, proporcionando uma alternativa de custo reduzido e de alta reversibilidade.

A execução do projeto envolve um relato de caso clínico dividido em várias fases: higienização, tratamento endodôntico e extrações, confecção de próteses fixas e removíveis. O paciente participante é um homem de 55 anos, que se enquadra no critério de inclusão por apresentar o desgaste dentário severo e problemas relacionados, como ausência de suporte posterior. Não há outros participantes ou grupos de controle.

As intervenções incluem procedimentos odontológicos, como tratamento endodôntico e a instalação de próteses. A coleta de dados feita por meio de exames físicos, radiografias e registros clínicos durante as consultas.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros | Prédio das Pró-Reitorias | Hércules Maymone | 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** ceponep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.457.450

O local de execução do projeto foi a clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMS. O projeto foi financiado por recursos próprios, sem um orçamento específico alocado.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o pesquisador responsável:

O objetivo deste relato de caso é apresentar um método de reabilitação oral utilizado para resolutiva clínica de um paciente com desgaste dentário severo generalizado com ausência de suporte posterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador responsável:

Riscos: Será divulgado resultados de exames clínicos, radiografias do meio bucal e fotografias intraorais e extraorais, sem que haja identificação. Será excluído do artigo quaisquer itens que possa identificar sua pessoa, como: nome; iniciais do nome, CPF, RG, endereço, histórico familiar, fotografias de exames com seus dados pessoais e fotografias identificados todo seu terço da face. A não divulgação de fotografias de exames contendo dados pessoais será garantido através do uso de ferramentas como corte da imagem e/ou uso borões e tarja. A não divulgação de fotografias identificando todos os terços da face será garantido através do uso de ferramentas como corte da imagem e/ou uso borões e tarja. Riscos ↓ Você poderá experimentar constrangimento por quebra de sigilo durante o processo da publicação. Porém esse possível risco será reduzido diante da responsabilidade do pesquisador, na exclusão de quaisquer dados que possa o identificar, assim como na escolha de um periódico que não exija a revelação do mesmo.

Benefícios: Benefícios - A sua participação contribuirá ao meio científico a divulgação de uma alternativa de tratamento quanto aos cuidados, atenção e bem estar da sua saúde bucal, assim contribuindo

Endereço:	Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ↓ Pŕedio das Pró-Reitorias ↓ Hércules Maymone↓ 1º andar				
Bairro:	Pioneiros	CEP:	70.070-900		
UF:	MS	Município:	CAMPO GRANDE		
Telefone:	(67)3345-7187	Fax:	(67)3345-7187	E-mail:	cepconepr@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.457.450

positivamente

ao ensino de profissionais da saúde. Durante todo o processo será garantido o acompanhamento e manutenção do tratamento que foi realizado, garantindo a não exposição clínica do caso diante a profissionais não envolvidos na pesquisa. Qualquer caso de danos decorrido será garantido direito à assistência integral e gratuita, além do direito de buscar indenização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de caráter nacional, não sendo multicêntrico. O projeto possui caráter acadêmico, sendo realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A amostra é composta por um único participante, um paciente específico para o relato de caso clínico. Não foi informado quando as coletas de dados foram realizadas. Contudo, o pesquisador informou no cronograma de execução uma única etapa denominada *Finalizado*, com data de 23 de outubro de 2024.

O financiamento do projeto é próprio, sem orçamento específico alocado, sendo descrito como R\$ 0,00. Não

haverá uso de fontes secundárias de dados, como prontuários ou dados demográficos. Além disso, o estudo

não prevê a retenção de amostras para armazenamento em banco, e não propõe a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

em conformidade

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da análise dos documentos anexados pelo pesquisador responsável, considera-se o projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de

Endereço:	Av. Costa e Silva, s/nº - Planelros	Prédio das Pró-Reitorias	Hércules Maymone	1º andar
BAIRRO:	Planelros	CEP: 70.070-900		
UF: MS	Município:	CAMPO GRANDE		
Telefone:	(67)3345-7187	Fax:	(67)3345-7187	E-mail: cepconep.prop@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.457.450

atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2443412.pdf	26/02/2025 16:27:14		Aceito
Parecer Anterior	CARTARESPONSTA.docx	26/02/2025 16:26:49	VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCLeticiafinal.pdf	26/02/2025 16:24:58	VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/02/2025 16:23:36	VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Leticia.pdf	26/02/2025 16:06:06	VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	28/10/2024 14:13:38	VICTOR AUGUSTO ALVES BENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 22 de Março de 2025

Assinado por:
Marisa Rufino Ferreira Luizari
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.prop@ufms.br

ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA



GENERAL DENTISTRY INFORMATION FOR AUTHORS

Updated July 2018

General Dentistry welcomes the submission of *original* clinical manuscripts that have not been published in the past and are not under publication consideration, accepted for publication, or pending publication elsewhere. Articles range in topic and type from clinical practice to research, practice management, and recent trends in dentistry.

Manuscripts and corresponding materials should be submitted to mc04.manuscriptcentral.com/gendent.

A printable version of the *Information for Authors* is available.

A *Manuscript Submission Checklist* is also available to guide you through the process.

Readers of this journal have come to expect research and clinical findings presented in a way that allows them to apply the research or technique to everyday practice. Technique and treatment planning details are balanced by scientific protocol and industry benchmarks.

Technique papers and clinical reports or findings...

Should be clear, concise, and thorough descriptions of a clinical or laboratory procedure and cite references that recognize contributions of others or clarify information. Manuscripts that feature information about specialized or improved techniques or treatments should be supported by the documented experience but need not relate specifically to individual cases.

Research reports and clinical or laboratory investigations...

Should reflect a practical application to general dentistry and inform readers of etiology, diagnosis, treatment, or prevention of disease or abnormalities. The manuscript should identify and document the purpose and plan, methods, and controls.

Case reports...

Should demonstrate a comprehensive treatment plan and indicate why one course of action was chosen in lieu of others. The manuscript should document and illustrate results and include general practice applications.

Our readership of more than 35,000 dentists values clinical articles as well as our regular columns covering Pharmacology, Minimally Invasive Dentistry, Esthetics, Pediatric Dentistry, Public Health, Prosthodontics, Oral Diagnosis and Pathology, and Restorative Dentistry.

If you are interested in writing a column for *General Dentistry*, please contact us at generaldentistry@agd.org.

General Dentistry is peer reviewed; the review process may take up to 4 months. To ensure that your manuscript moves through the review process as quickly as possible, please follow the steps below when preparing your submission:

Preparing your manuscript

All manuscripts must be written in English and prepared as Microsoft Word documents. Manuscripts prepared in incompatible word processing software will not be reviewed. Manuscript pages should have 1-inch margins and must be numbered consecutively throughout the document. Manuscripts should be approximately 10 double-spaced pages (roughly 3000 words), not including the cover page, acknowledgments, and figure captions. Manuscripts and corresponding materials should be submitted to mc04.manuscriptcentral.com/gendent.

- Conflict of interest disclosure statement, if applicable
- Cover page file
- Article file (with abstract, body of text, and references)
- Acknowledgments file, if applicable
- Graphics files, if applicable
- Figure captions file, if applicable

Please do not include author names or identifying information in the article file; instead, provide this information in the cover page, as a separate file.

A Manuscript Submission Checklist is available to guide you through the process.

Copyright release form

Articles that have been published previously or submitted or accepted for publication elsewhere are not eligible for submission. Other materials (including tables, photographs, charts, and radiographs) that have been published previously must be accompanied by written permission from the copyright holder. All manuscripts must be accompanied by a copyright release form that lists and is signed by all authors. **No authors can be added after submission.** The copyright release form is available here.

Academic thesis disclosure, if applicable

Articles that are based entirely or in part on academic theses or papers are eligible for submission, provided that (1) the thesis has been approved by the educational institution; (2) the material has not been published previously or submitted for publication in other scholarly journals, books, or monographs; (3) all coauthors of the thesis agree to publication; and (4) the submitted article falls within stated word count limits. The existence of the thesis must be disclosed upon submission of the manuscript. A link to the thesis URL or a digital copy of the thesis must be provided. **Failure to disclose that an article is based on a thesis may be grounds for rejection.**

Conflict of interest disclosure statement, if applicable

Authors are required to disclose any financial, economic, commercial, or professional conflicts of interest related to topics presented in the manuscript. The disclosure statement, if one is necessary, must be included with the manuscript submission.

If a manuscript could be perceived to have commercial overtones (for example, a study comparing various products), authors who do not have financial, economic, commercial, or professional conflicts of interest should include a disclaimer to that effect.

Cover page file

Each manuscript submission should include a cover page file that is separate from the manuscript file. The cover page must contain the title of the article, and names, academic degrees, and current professional affiliations of all authors. Previous affiliations and degree-granting institutions should not be listed unless the research in the manuscript was carried out in completion of a degree. For authors in private practice, affiliation should include city and state or country of practice. For institutionally affiliated authors, affiliation should include professional title, department (if any), institution name, city, and state or country. All authors should be listed on the cover page. **No authors can be added after submission.**

The cover page should also identify the corresponding author and list that author's email address and complete mailing address.

INTERNATIONAL AUTHORS: The agd.org email domain is frequently blocked by internet service providers outside the United States and Canada (particularly uol.com.br). To ensure timely and effective communication, we request that authors with such email addresses create an address from providers such as gmail.com or yahoo.com.

Article file

- Abstract: The abstract should be no more than 250 words and must contain the article's objective and/or background, design and methods, primary results, and principal conclusions. The abstract should include the stated hypothesis, if any. The abstract should not cite references or include proprietary or manufacturers' names.
- Body of text: The body of the article should follow this basic order: Abstract, Key words (if any), Introduction, Materials and methods, Results, Discussion, and Conclusion. Headings may vary in manuscripts that present case reports or technique descriptions. Manuscripts should be a minimum of 1500 words and a maximum of 6000 words. Not including the cover page, acknowledgments, and captions, a length of approximately 3000 words is typical.
- References:
 - Literature citations must be cited in the text accurately and numerically and should be listed on the last page of the article file, in order of appearance in the text. References should be up to date and reflect the current literature. As a rule, the majority of references should be no more than 10 years old, unless used in a historical context.
 - Self-citations must not exceed 10% of the manuscript's total references. This includes any coauthored articles in the reference list. Excessive self-citation may be grounds for rejection.
 - A broad, thoughtful review of the literature is critical to the value of an article. The reference list should not consist mainly of reports from one researcher or group of researchers. In general, a single researcher should not be cited in more than 20% of references.
 - *General Dentistry* follows the most recent edition of the *American Medical Association (AMA) Manual of Style* for references.
 - Sample journal reference:
Redmond EB. Shear bond strength of next-generation resin cements. *Gen Dent.* 2015;63(6):94-105.
 - Sample book reference:
Becker IM. Occlusal equilibration and the diagnostic workup. In: Becker IM, ed. *Comprehensive Occlusal Concepts in Clinical Practice*. Ames, IA: Wiley-Blackwell; 2011:215-258.
 - For more information, please see the *AMA Manual of Style*, 10th edition.
 - **Every manuscript must offer unique ideas presented in the author's own words.** Unattributed use of phrases and sentences from previously published works (including works by the author[s] of the submission) constitutes plagiarism and is grounds for immediate rejection of a manuscript. Verbatim copying of other authors' words is plagiarism, even if the source is cited as a reference. Changing a few words in a direct quote is not sufficient to avoid plagiarism. Direct quotes from other sources must be in quotation marks. Upon submission to *General Dentistry*, manuscripts may be screened with iThenticate plagiarism detection software. If plagiarism is detected after an article has been accepted, acceptance will be withdrawn.
 - Product mentions: At the first mention of a brand name of a product, the name of the product's manufacturer should be listed, enclosed in parentheses.

Acknowledgments file, if applicable

Acknowledgments should be submitted in a separate file. If an article is based entirely or in part on an academic thesis or paper, the thesis author, title, and approving institution should be named in the Acknowledgments.

Graphics files, if applicable

A maximum of 10 graphics (including figures, charts, and/or graphs) and tables may be submitted. Please note we do not count compound images composed of multiple images as 1 graphic. Both graphics and tables must be numbered consecutively according to the order in which they are cited in the text. We reserve the right to remove graphics from the article during editing, as dictated by space considerations.

Tables and charts must be organized logically, include titles (and footnotes, when needed), and clarify or add to data presented, rather than simply repeat material in the text. Data points for charts (graphs) should be specified, if the information is not included elsewhere in the text, so that the charts can be accurately reproduced by our graphic designers. For example, if a bar graph shows means and standard deviations, the exact numerical value of each mean and standard deviation should be provided.

Electronic files of graphics and tables are required for publication. Tables should be provided in Microsoft Word format and not as graphic files. Product-only figures should not be included. All images must be of professional quality and sharply focused.

Each figure should be numbered (Fig 1, Fig 2, etc), not lettered, and correspond with a caption provided on the captions list. A figure captions file must be submitted for all figures. For photomicrographs, the stain used must be specified in the caption, and original magnification must be indicated unless a scale bar is included within the image.

Written permission from the patient is required for publication of photographs that show a patient's full face or other easily identifiable features. Permission must cover print and digital media. If such permission cannot be obtained, the photographs will have to be cropped by our graphic designers to prevent identification or deleted from the article. If the patient's permission has not already been obtained, a *General Dentistry Patient Release* is available.

Figures should be submitted as separate files, not embedded in the article file or as a group in a single PDF, and should not include any numbering or identification on the actual photo, with the exception of graphics (for example, arrows or abbreviations) that further define what is being shown in the image. Such graphics must also be clearly explained in the figure caption. Unlabeled electronic versions of the images must be available upon request by the graphic designers.

For best reproduction results, digital files should be in TIFF, JPEG, Postscript, or EPS formats.

Figure captions file, if applicable

The caption list must include captions for every graphic (including figures and charts). Each caption should be limited to approximately 20 words. The captions list must be submitted as a separate Microsoft Word document.

Submitting your manuscript

Manuscripts and corresponding materials should be submitted to mc04.manuscriptcentral.com/gdent. Please note that if any of these items are missing, the review process will be delayed until all materials are received.

Rejected manuscripts

In the event that your manuscript is rejected, we return the copyright to you so that you may consider submitting the manuscript to another journal.

General Dentistry maintains an archive of rejected manuscripts.

If you have any questions about the manuscript submission process, please contact us at generaldentistry@agd.org.