



CAROLINA GONÇALVES DE MEDEIROS

MANUELLA HERDY GRANGEIRO

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE
AMELOGÊNESE IMPERFEITA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Rio de Janeiro, RJ.

2025

Carolina Gonçalves de Medeiros

Manuella Herdy Grangeiro

**Reabilitação Estética e Funcional em Pacientes Portadores de Amelogênese
Imperfeita: Uma Revisão de Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio “Professor José de
Souza Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de bacharel em
Odontologia.

Orientador(a): Daniel Otero Vargas

Rio de Janeiro – RJ.

2025

Carolina Gonçalves de Medeiros

Manuella Herdy Grangeiro

**Reabilitação Estética e Funcional em Pacientes Portadores de Amelogênese
Imperfeita: Uma Revisão de Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 11 de junho de 2025.

Banca Examinadora

Prof. Daniel Otero Amaral Vamas

Documento assinado digitalmente



DANIEL OTERO AMARAL VARGAS

Data: 17/06/2025 21:50:59-0300

Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

Prof. Anna Paula Gonzaga Martins

Documento assinado digitalmente



ANNA PAULA GONZAGA MARTINS

Data: 17/06/2025 21:52:50-0300

Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

Prof. Felipe Otero Amaral Vargas
Universidade do Grande Rio.

Documento assinado digitalmente



FELIPE OTERO AMARAL VARGAS

Data: 17/06/2025 21:55:40-0300

Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

RESUMO

A amelogenese imperfeita é uma condição que compromete significativamente a estética dental ao causar defeitos no esmalte, os quais podem variar de leves a severos. Quando esses defeitos afetam a aparência do sorriso, tendem a impactar negativamente a autoestima dos pacientes, refletindo também em suas relações sociais e profissionais. Diante desse cenário, é fundamental buscar soluções restauradoras que aliem funcionalidade e estética, sem causar danos adicionais às estruturas dentárias. Esta revisão de literatura tem como objetivo apresentar os diferentes tipos de amelogenese imperfeita, bem como as alternativas de reabilitação estética e funcional disponíveis, visando promover a recuperação da harmonia do sorriso e, conseqüentemente, o bem-estar psicossocial do paciente

Palavras-chave: Amelogenese Imperfeita, hipoplasia de esmalte, reabilitação estética e funcional, mutação genética, má formação do esmalte dentário.

ABSTRACT

Amelogenesis imperfecta is a condition that significantly compromises dental aesthetics by causing defects in the enamel, which can range from mild to severe. When these defects affect the appearance of the smile, they tend to have a negative impact on patients' self-esteem and on their social and professional relationships. Faced with this scenario, it is essential to seek restorative solutions that combine functionality and aesthetics, without causing additional damage to dental structures. This literature review aims to present the different types of amelogenesis imperfecta, as well as the aesthetic and functional rehabilitation alternatives available, with the aim of promoting the recovery of smile harmony and, consequently, the patient's psychosocial well-being.

Keywords: Amelogenesis Imperfecta, enamel hypoplasia, aesthetic and functional rehabilitation, genetic mutation, malformation of tooth enamel.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. METODOLOGIA.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
4. DISCUSSÃO.....	14
5. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXO.....	21

1. INTRODUÇÃO:

A amelogenese imperfeita (AI) é um grupo complexo de condições de origem genética que afeta a estrutura e aparência clínica do esmalte com uma grande variedade de manifestações clínicas, em alguns ou todos os dentes. Acomete as dentições decídua, permanente ou ambas e pode estar associado a mudanças morfológicas e bioquímicas em qualquer lugar do organismo.^{1,2} Além disso, a transmissão do gene da AI pode acontecer de forma autossômica dominante, autossômica recessiva ou estar relacionada ao cromossomo X e, por ser uma condição genética, não é possível a realização de um tratamento preventivo nesses pacientes, sendo a terapia utilizada voltada para a reabilitação estética e funcional.^{3,4,5} O processo de formação do esmalte dentário é complexo, ocorrendo em três etapas principais: deposição da matriz orgânica, mineralização da matriz e, por fim, a maturação do esmalte. Uma falha em qualquer um destes estágios pode originar alguma forma de AI. O fenótipo apresentado depende do gene afetado, sua localização, o tipo de mutação e consequentemente a proteína afetada.⁶

A AI é uma condição hereditária que pode ser classificada em diferentes formas, conforme as características do defeito no esmalte e o estágio do seu desenvolvimento em que ocorreu a alteração. Segundo a classificação de Witkop, essa condição é dividida em quatro categorias principais: hipoplásica, hipomaturada, hipocalcificada e hipocalcificada associada à taurodontia.¹

A AI pode se manifestar conforme o tipo de defeito no desenvolvimento do esmalte. Na forma hipoplásica, o esmalte é fino devido a uma matriz orgânica defeituosa, apresentando fissuras e sulcos que levam à exposição da dentina, além de uma redução no tamanho dos dentes, o que compromete o contato interproximal. Já na forma hipomaturada, ocorrem falhas na formação dos cristais de hidroxiapatita durante a maturação, resultando em um esmalte rígido, fino, que se solta em lascas e apresenta manchas opacas que variam do branco ao castanho. Na forma hipocalcificada, a espessura da matriz é normal, mas a calcificação é inadequada, tornando o esmalte frágil, manchado e com baixa radiopacidade, o que dificulta sua distinção da dentina nas radiografias. Apesar de os dentes parecerem normais ao erupcionar, sua estrutura se altera com o tempo devido à erosão causada pela má

calcificação. Radiograficamente, os diferentes tipos de AI apresentam variações no contraste entre esmalte e dentina.^{1, 7, 8.}

A prevalência de amelogênese imperfeita na população é de 1:718 a 1:14.000, sem predileções raciais, sendo a forma hipocalcificada a mais comum, seguida da com hipomaturação e da hipoplásica^{9, 10, 11}, além disso, o sexo feminino é o mais acometido pela forma hipoplásica de amelogênese imperfeita, enquanto o sexo masculino é mais afetado pela forma hipomaturada da doença.¹² Embora os casos possam ser considerados esporádicos, o suporte necessário para o atendimento desses indivíduos é substancial, tanto no aspecto clínico quanto no aspecto emocional, sendo fundamental que o profissional esteja preparado para lidar adequadamente com a situação, tendo em vista que muitas pessoas com essa condição desenvolvem problemas com a autoestima e insegurança.¹³

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre os diferentes tipos de AI, analisando seus aspectos clínicos, implicações funcionais e estéticas, além das principais abordagens reabilitadoras disponíveis. Também será avaliado suas implicações funcionais e estéticas com o intuito de auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico e definição do plano de tratamento mais adequado para cada caso.

2. METODOLOGIA:

A seleção dos estudos para esta revisão foi realizada por meio de buscas em publicações científicas ao longo de um período de 25 anos (2000–2025), abrangendo as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), US National Library of Medicine – National Institutes of Health (PubMed), Google Acadêmico, além de repositórios de instituições de ensino superior brasileiras e revistas científicas. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados os artigos que não estavam disponíveis nessas bases dentro do período estabelecido, os que não abordavam diretamente o tema proposto. Para inclusão, além de atender aos critérios mencionados, os artigos deveriam estar redigidos em português ou inglês e disponibilizados para download gratuito. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: “amelogênese imperfeita”, “hipoplasia de esmalte”, “reabilitação estética e funcional”, “mutação genética” e “má formação do esmalte dentário”, para os artigos em português, e para as buscas em inglês “amelogenesis Imperfecta”, “enamel hypoplasia”, “aesthetic and functional rehabilitation”, “genetic mutation”, e “malformation of tooth enamel”.

3. REVISÃO DE LITERATURA:

A Amelogênese Imperfeita é um conjunto de anomalias genéticas que comprometem a formação do esmalte dentário, devido a uma diferenciação inadequada dos ameloblastos, que são as células responsáveis por produzir o esmalte. Clinicamente, essa condição pode se apresentar de diversas formas, dependendo do tipo de defeito e do estágio do desenvolvimento do esmalte em que ocorreu a alteração. Essa variedade de manifestações torna importante uma avaliação cuidadosa para o diagnóstico e o planejamento do tratamento adequado.¹⁴ O paciente portador de amelogênese imperfeita pode apresentar as coroas dentárias com ou sem alteração de cor. Já o esmalte pode estar totalmente ausente, ter variação quanto a sua textura, consistência ou até mesmo ser relativamente duro. Segundo a literatura, os sinais clínicos e as complicações bucais associadas à essa patologia, independentemente do tipo, são semelhantes. Entre eles, destacam-se a sensibilidade dentária, comprometimento estético e redução da dimensão vertical. É comum que os pacientes relatem insatisfação com o tamanho, a forma e a cor dos dentes, além de dificuldades mastigatórias.^{15,16}

Figura 1- Um paciente com AI antes de qualquer intervenção reabilitadora.



Fonte: Adaptado de Rubin, C.A., et al, 2017.

Segundo a classificação proposta por Witkop em 1988¹, a AI pode ser dividida em diversos subtipos, definidos com base tanto nas características fenotípicas quanto nos padrões de herança genética, os quais podem ser autossômicos dominantes,

autossômicos recessivos ou ligados ao cromossomo X. Essa classificação tem sido amplamente aceita na literatura odontológica e tem contribuído para uma melhor compreensão clínica e genética da condição. De forma mais didática, a AI costuma ser categorizada em três formas principais, conforme o aspecto clínico do esmalte dentário: a forma hipoplásica, caracterizada por esmalte de espessura reduzida, corresponde a cerca de 60 a 73% dos casos; a forma hipocalcificada, na qual o esmalte apresenta consistência mole e fácil desgaste, ocorre em aproximadamente 20 a 40% dos casos; e a forma hipomaturada, que se manifesta por esmalte com densidade inadequada e coloração opaca, representa cerca de 7% dos casos. Essa classificação é fundamental para o diagnóstico diferencial e para a escolha do plano de tratamento mais adequado.^{17,18.}

As anormalidades na formação do esmalte dentário frequentemente resultam em alterações na cor dos dentes, comprometendo a estética — um aspecto de grande relevância na sociedade contemporânea.¹² Essas alterações cromáticas podem ter origem extrínseca, quando estão associadas a fatores externos, como o consumo de medicamentos, bebidas ou alimentos que contêm corantes naturais ou artificiais. Já as alterações de origem intrínseca estão relacionadas a fatores internos, como condições genéticas, deficiências congênitas, distúrbios metabólicos no período pré-natal e carências nutricionais, entre outros. A gravidade das manchas dependerá da fase de desenvolvimento em que o fator etiológico atuou e da duração dessa interferência durante a formação do esmalte. O sucesso do tratamento está diretamente ligado à precisão do diagnóstico das anomalias envolvidas.^{12,19.}

Figura 2 - Variações clínicas e tipos de amelogenese imperfeita.



Fonte: Adaptado de Morerira, M.P.M.C. et al., 2022.

Os defeitos causados por condições como amelogenese imperfeita, hipoplasia e fluorose estão relacionados a alterações na estrutura do esmalte dentário, resultando predominantemente em manchas intrínsecas. Essas manchas podem variar quanto à aparência, manifestando-se como áreas branco-leitosas, com superfície lisa e brilhante, ou como manchas de coloração mais escura. Devido à sua complexidade, o tratamento dessas alterações tende a ser mais desafiador. Nesse contexto, um diagnóstico preciso é tão essencial quanto o tratamento em si, pois ambos são determinantes para alcançar um resultado estético satisfatório.^{12,19}

Radiograficamente, os dentes afetados por amelogenese imperfeita apresentam ausência da linha de demarcação típica entre o esmalte e a dentina, dificultando sua distinção.¹ Esses dentes são mais suscetíveis à atrição, o que pode levar à perda da dimensão vertical e a uma maior sensibilidade às variações de temperatura. Como consequência, é comum o desenvolvimento de impulso lingual, resultando frequentemente em mordida aberta anterior. Alguns estudos indicam que pacientes com essa condição podem ter menor incidência de cárie dentária, devido à ausência de contatos proximais entre os dentes. No entanto, outros trabalhos apontam uma maior predisposição à cárie, atribuída à maior retenção de placa bacteriana, decorrente da rugosidade superficial característica do esmalte alterado.^{14,16.}

Pacientes com AI frequentemente enfrentam uma experiência estética negativa, principalmente devido às alterações cromáticas dos dentes e ao reduzido tamanho das coroas clínicas.^{6,19.} Essas características podem afetar significativamente a autoestima, levando a uma menor interação social e a uma percepção reduzida da própria qualidade de vida. Nesse contexto, o tratamento restaurador não apenas visa reabilitar a função mastigatória e a estética dentária, mas também desempenha um papel fundamental no bem-estar emocional do paciente. A melhora na aparência do sorriso contribui diretamente para o resgate da autoconfiança, promovendo um impacto psicológico positivo e favorecendo a reintegração social e emocional desses indivíduos.²⁰

O tratamento da AI deve ser planejado de forma individualizada, considerando o subtipo da condição, o grau de comprometimento estrutural dos dentes e a

necessidade de restabelecer a estética, a função mastigatória e o bem-estar psicológico do paciente.^{2, 14} A escolha do tratamento é influenciada também pela idade do paciente, pelo estágio de desenvolvimento dentário e pelas condições oclusais. Entre as opções terapêuticas mais utilizadas estão a confecção de coroas totais, que podem ser metálicas, metalocerâmicas ou em resina composta indireta, visando proteger a estrutura dentária remanescente e restaurar a função estética. O acompanhamento contínuo é essencial para avaliar a durabilidade das reabilitações e realizar ajustes conforme o crescimento ou desgaste natural.^{14, 19.}

A ampla variedade de materiais e métodos restauradores disponíveis atualmente oferece diversas opções terapêuticas, mas também pode gerar incertezas quanto à escolha mais apropriada.¹⁹ A elaboração de um plano de tratamento deve ir além da simples definição da técnica a ser utilizada, considerando fatores como as expectativas e desejos do paciente, suas condições financeiras, a idade, o estado de saúde bucal e as características da hipoplasia de esmalte, incluindo seu tipo e gravidade. Além da função, o tratamento deve também contemplar os impactos psicossociais, que são especialmente relevantes em casos como a AI. Esses achados reforçam a importância das terapias reabilitadoras, não apenas pela melhoria funcional, mas também pela contribuição para a qualidade de vida e inserção social do indivíduo.^{6,14,19.}

Independentemente da técnica ou do material selecionado, o plano de tratamento deve abranger de forma integrada todas as suas fases: preventiva, restauradora e de manutenção.^{11.} A etapa preventiva inclui a orientação quanto à higiene bucal e a aplicação tópica de flúor, fundamentais para o controle da doença e a preservação dos tecidos dentais. Já as fases restauradoras e manutentiva visam a reabilitação funcional e estética, bem como a longevidade dos tratamentos realizados. É essencial que os profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas, estejam atentos à necessidade de avaliações periódicas de acompanhamento, a fim de monitorar continuamente as condições periodontal e endodôntica, garantindo a eficácia e a estabilidade do tratamento ao longo do tempo.^{14,19.}

O tratamento das alterações no esmalte dentário dependerá diretamente do tipo, profundidade e coloração das lesões presentes, sendo essencial que o profissional realize uma anamnese detalhada e um diagnóstico diferencial preciso.¹

Essas etapas são fundamentais para definir a abordagem terapêutica mais adequada, que deve visar não apenas o restabelecimento da estética e da função mastigatória, mas também a melhoria da autoestima e da qualidade de vida do paciente — preferencialmente de forma precoce, a fim de minimizar os impactos psicossociais da condição. A eficácia do tratamento está diretamente relacionada à capacidade do cirurgião-dentista em aliar conhecimento clínico, habilidade técnica e domínio sobre os materiais odontológicos mais atuais. A escolha da intervenção dependerá da gravidade das alterações no esmalte, podendo variar desde procedimentos conservadores, como microabrasão, e clareamento dental, até abordagens restauradoras mais complexas, como restaurações diretas com resina composta, facetas ou reabilitações indiretas com cerâmicas.^{14,19.}

Em casos mais severos, tratamentos protéticos podem ser indicados, exigindo planejamento minucioso e, muitas vezes, abordagem multidisciplinar. Dessa forma, um tratamento bem indicado e conduzido pode promover resultados estéticos e funcionais satisfatórios e duradouros.¹⁹

4. DISCUSSÃO:

A reabilitação estética de pacientes com amelogenese imperfeita (AI) pode abranger uma variedade de abordagens clínicas, que variam conforme a gravidade da condição e as necessidades específicas de cada indivíduo. As opções de tratamento incluem restaurações diretas com resina composta, facetas em resina composta, laminados cerâmicos, e microabrasões de esmalte. O objetivo central dessas intervenções é eliminar a sensibilidade dentária, ao mesmo tempo em que se busca restaurar a estética do sorriso e promover a recuperação da autoconfiança do paciente.

Para restabelecer um sorriso harmonioso, diversos aspectos devem ser cuidadosamente considerados. O profissional precisa estar atento a todas as etapas clínicas envolvidas nesse tipo de reabilitação, como o escurecimento e clareamento dentário, a profundidade do preparo, o tratamento dos substratos, além da escolha adequada do tipo de material restaurador. A combinação desses fatores, aliada a um diagnóstico minucioso, critérios bem definidos e respeito a cada fase do processo clínico, é fundamental para o sucesso do tratamento.^{19, 20.}

Segundo da Silva²¹, a etapa restauradora, e a indicação de restaurações diretas ou indiretas será determinada principalmente pelo grau de comprometimento da estrutura dentária. Em casos nos quais a perda de tecido é moderada, a escolha por restaurações em resina composta pode ser especialmente vantajosa. Esse material possibilita uma abordagem mais conservadora, preservando ao máximo a estrutura dental remanescente. Além disso, a resina composta apresenta boa capacidade de adaptação às irregularidades do substrato, o que favorece a retenção e a estética do procedimento restaurador. Outro benefício relevante é a possibilidade de reparos diretos, o que contribui para a longevidade do tratamento e facilita eventuais manutenções clínicas. Além disso Sabandal²² consta em acompanhamentos clínicos após a realização deste procedimento, a resina composta é a escolha mais adequada, uma vez que permitiu a realização de pequenos reparos em casos de fratura do material, reduzindo significativamente o risco de exposição pulpar ao longo do tempo.

Figura 3 – Comparação após reabilitação com resina composta



Fonte: Adaptado de Rubin, C.A., et al, 2017.

Existem diversos tipos de facetas disponíveis para tratamentos estéticos. Hoepfner²³ relatou um caso clínico envolvendo uma paciente do sexo feminino com alterações cromáticas nos dentes anteriores, no qual a técnica de facetas diretas com resina composta foi utilizada com sucesso. O estudo concluiu que esse método é uma excelente opção de tratamento, desde que o cirurgião-dentista possua o conhecimento técnico adequado sobre o procedimento e os materiais empregados. Já Fiorini²⁴, por sua vez, realizou uma revisão de literatura abordando as características das facetas de porcelana, destacando que esse material é o que melhor imita o esmalte dental, proporcionando um desgaste mínimo da estrutura dentária remanescente, bons resultados estéticos, alta satisfação do paciente e menor acúmulo de placa bacteriana, o que favorece a saúde periodontal. Em comparação, as facetas de resina composta tendem a apresentar limitações estéticas, instabilidade na integridade marginal e efeitos negativos sobre a saúde gengival.

De acordo com Oliveira²⁵, uma das opções também muito recorridas, é a utilização de facetas em cerâmica. O autor, por sua vez estabelece que o planejamento para pacientes com AI é complexo e envolve vários fatores e que restabelecimento da função e da estética com coroas e/ou laminados cerâmicos tem se tornado uma opção de tratamento frequentemente utilizada. A principal indicação

para laminados cerâmicos como opção de tratamento da amelogenese é quando a demanda estética é superior à gravidade do caso, ou seja, em casos mais brandos. Devem estar, por exemplo, a ausência de problemas periodontais, bom posicionamento dos elementos dentários, bom controle de placa pelo paciente e visitas frequentes ao cirurgião-dentista. Em sua pesquisa, afirma também Donassollo²⁶, os laminados cerâmicos representam uma alternativa eficaz para o tratamento definitivo dos casos mais leves de AI, proporcionando excelente resultado estético e contribuindo significativamente para a recuperação da autoestima do paciente, com sua utilização sendo restrita a pacientes que apresentam estrutura dental com coloração satisfatória e esmalte íntegro, devido a alta translucidez da cerâmica. Por isso, em alguns casos, o autor relata a importância de um protocolo prévio de clareamento dental.

Figura 4 – Reabilitação com laminados cerâmicos, resultado após cimentação.



Fonte: Adaptado de Rubin, C.A., et al, 2017.

De acordo com os estudos de Lima²⁷, a microabrasão demonstra ser uma abordagem eficaz para o tratamento de defeitos superficiais do esmalte, como evidenciado no caso clínico apresentado, em que a técnica foi bem-sucedida na remoção das manchas. Entre suas principais vantagens, destacam-se o desgaste mínimo da estrutura dentária, a preservação da vitalidade pulpar, a ausência de impacto sobre os tecidos periodontais e a inexistência de sensibilidade pós-operatória. Além disso, dependendo da profundidade das lesões, a associação da microabrasão com a aplicação de resinas compostas pode ser extremamente útil para potencializar o resultado estético final, proporcionando uma solução conservadora e satisfatória ao paciente.

Figura 5 – Aspecto inicial e final após o uso da técnica de microabrasão para a reabilitação de AI.



Fonte: Adaptado de Lima, R.B.W et al., 2015.

5. CONCLUSÃO:

Realizar um diagnóstico preciso e elaborar um plano de tratamento individualizado constitui um dos maiores desafios no atendimento de pacientes com amelogenese imperfeita. A combinação de avaliações clínicas detalhadas com exames por imagem possibilita uma compreensão mais abrangente do quadro, servindo de base para o desenvolvimento de um plano terapêutico adequado às necessidades específicas de cada paciente. De acordo com a literatura revisada, os avanços na odontologia restauradora têm permitido não apenas a recuperação funcional e estética dos dentes a níveis satisfatórios, mas também uma melhora significativa na autoestima e no comportamento dos pacientes. Dessa forma, a intervenção odontológica no tratamento da amelogenese, através de procedimentos como as facetas em resina, laminados cerâmicos e microabrasão, deixam de ser apenas procedimentos reparadores e passam a desempenhar um papel transformador na qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E.. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
2. Santos M.C.L.G dos, Line S.R.P. The genetics of amelogenesis imperfecta: a review of the literature. J Appl Oral Sci. 2005;13(3):212-7.
3. Tahmassebi JF, Day PF, Toumba KJ, Andreadis GA. Dental anomalies in children. Dent Update. 2003;30:534-40
4. Toksavul S., Ulusoy M., Türkun M., Kümbüloglu O. Amelogenesis imperfecta: the multidisciplinary approach. A case report. Quintessence Int. 2004;35(1):11-4.
5. Line S.R.P., Colleta R.D., Trevilatto P.C. Amelogenina, amelogênese imperfeita e estrutura do esmalte dental. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1996;50(1):32-5.
6. Santos M.C.L.G., Line S.R.P. The genetics of amelogenesis imperfecta: a review of literature. J Appl Oral Sci. 2005;13:212-5.
7. Aldred M.J., et al. Amelogenesis imperfecta: A classification and catalog for the 21st century. Oral Dis. 2003.
8. Beraldo C.B.S., Silva B..JA, Valerio C.S, Mazzeiro E.T., Manzi F.R., Cardoso C.A.A. Amelogênese imperfeita: relato de caso clínico. RFO. 2015;20(1):101-4.
9. Brusco L.C., Brusco E..H, Ruschel H.C., Kramer P.F. Amelogênese imperfeita – cinco anos de acompanhamento. RFO. 2008;13(1):59-63
10. Canger E.M., Çelenk P., Yenişey M., Odyakmaz S.Z. Amelogenesis imperfecta, hypoplastic type associated with some dental abnormalities: a case report. Braz Dent J. 2010;21(2):170-174.
11. Melo T., Beltrão M, Spohr A. Amelogênese imperfeita – relato de caso. J Appl Oral Sci. 2005;13(3):212-7.
12. Morgado CL, A.A. Amelogênese imperfeita: uma revisão de literatura. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2009;50(4):243-50.
13. Crawford P.J.M., Aldred M., Bloch-Zupan A. Amelogenesis imperfecta. Orphanet J Rare Dis. 2007;2:17. doi:10.1186/1750-1172-2-17.
14. Azevedo, M.S., Goettems, M.L., Torriani, D.D., Romano A.R., Demarco, F.F. Amelogenesis imperfecta: clinical aspects and treatment. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia. 2013;61(1):491-496.
15. Seow W.K. Clinical diagnosis and management strategies of amelogenesisimperfecta variants. Pediatr Dent. 2000;15:384- 93.
16. Sholapurkar A.A., Joseph R.M., Varghese J.M., Neelagiri K., Acharya S.R.R, Hegde V. Clinical diagnosis and oral rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta: a case report. J Contemp Dent Pract. 2008;9(4):92-8.
17. Gadhia K., Mcdonald S., Arkutu N., Malik K. Amelogenesis imperfecta: an introduction. British dental journal. 2012; Apr 27;212(8):377-9.

18. Chaudhary M., Dixit S., Singh A., Kunte S. Amelogenesis imperfecta: Report of a case and review of literature. *Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP* 2009 Jul;13(2):70-7.
19. Moreira M.P.M.C., Arid J., Ortega M.M. Amelogênese Imperfeita: Revisão de Literatura. RCU [periódico na internet]. 12º de dezembro de 2022 [citado 30Abr de 2025];1(1). Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/748>
20. Rubin C.A., Antônio B.R., Guerra L.R., Martos, J. Reabilitação estética e funcional de um paciente jovem apresentando amelogênese imperfeita. *Journal of Clinical Dentistry & Research*. 2017;14(2).
21. da Silva Costa, S.D., Silva, B.C.F., Cassiano, L.D.B.A., de Oliveira, F.J.D., de Medeiros Alves, A. C., dos Santos, A. J. S., dos Santos Medeiros, M. C. Abordagem interdisciplinar em uma paciente com amelogênese imperfeita e mordida aberta anterior severa: relato de caso. *Revista Ciência Plural*. 2024; 10(3), 1-16.
22. Sabandal M.M.I., Dammaschke T., Schafer E. Restorative treatment in a case of Amelogenesis Imperfecta and 9-year follow-up: a case report. *Head Face Med*. 2020;16(1):1-8. Disponível em: <https://head-facemed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13005-020-00243-1>.
23. Hoepfner, M.G., Pereira, S.K., Neto, E.S., de Camargo, L.N.G. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2003; 9(3), 67-72.
24. Fiorini, M. Facetas de Porcelana. [Monografia Especialização em Dentística]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
25. Oliveira, D.D., Caixeta, M.T., Souza, F.D., Rocha, E.P. Restabelecimento estético e funcional de paciente com amelogênese imperfeita utilizando restaurações cerâmicas metal-free. *Archives of Health Investigation*. 2018; 7(11): 465-469.
26. Donassollo, T.A., Uehara, J.L.S., SulHenn-Donassollo, S. Laminados cêramicos para reabilitação estética em dentes com amelogênese imperfeita. *Clín. int. j. braz. Dent*. 2015; 1(2): 184-191.
27. Lima, R.B.W., Figueiredo, R.J.A., Duarte, R M., Andrade, A. Amelogênese imperfeita: relato de uma reabilitação estética conservadora. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa*. 2025; 19(3), 227-232.