



FACULDADE FASIFE-CPA

CURSO DE ODONTOLOGIA

ALESSANDRA DE CARVALHO SILVA

AMELIORACIÓN EMERGENCIA - REVISIÓN DE LITERATURA

**CUIABÁ/MT
2022**

ALESSANDRA DE CARVALHO OLIVEIRA SILVA

AMELOGÊNESE IMPERFEITA: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade FASIPE-CPA de Cuiabá, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof.^a: Leonardo Monteiro da Silva.

**CUIABÁ/MT
2022**

ALESSANDRA DE CARVALHO SILVA

AMELOGÊNESE IMPERFEITA: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia – FACULDADE FASIPE DE CUIABÁ, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em:

Professor(a) Orientador(a)
Departamento de - -FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de - -FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de - -FASIPE

Coordenador do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de CPA

Cuiabá/MT
2022

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a meus filhos e às pessoas que estão ao meu lado, me ajudando e me dando força, especialmente minha irmã, Dr. Jaqueline Carvalho, que é minha fonte de inspiração, e a pessoa que me dá todos os meus materiais de estudo, para que eu possa conseguir realizar esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por me dá a oportunidade e permitir com que eu possa realizar meu sonho de me forma em uma faculdade, que me fortalece cada dia mais e mesmo com tantas turbulências e dificuldades não me deixa nem pensa em desistir.

*“Shoot for the moon and if you miss you will
still be among the stars.”*

(Leslie Calvin Les Brown)

RESUMO

A amelogênese imperfeita é uma alteração no esmalte do dente, podendo ser patológico ou proveniente de uma dieta. A amelogênese imperfeita altera a coloração do esmalte do dente, trazendo um desconforto psicológico nos pacientes, sendo assim uma queixa frequente no consultório odontológico tendo em vista que cada dia mais as pessoas buscam uma saúde bucal e visam a aparência. A alteração de cor no esmalte do dente pode ser classificada como extrínseca ou intrínseca, extrínseca sendo de um processo natural devido a dieta, intrínseca sendo patológica. Esses pacientes podem ser mais propícios à doenças periodontais, devido a porosidade que acomete o dente. O cirurgião dentista deve conhecer e classificar a amelogênese imperfeita com um diagnóstico diferenciado, observando seu aspecto clínico, para traçar um plano de tratamento que pode ser de curto ou a longo prazo.

Palavras-chave: Amelogenese Imperfeita, Aspecto Clínico; Esmalte do Dente.

ABSTRACT

Amelogenesis imperfecta is a change in tooth enamel, which can be pathological or from a diet. Imperfect amelogenesis alters the color of tooth enamel, causing psychological discomfort in patients, thus being a frequent complaint in the dental office, considering that more and more people seek oral health and look for appearance. Color change in tooth enamel can be classified as extrinsic or intrinsic, extrinsic being a natural process due to diet, intrinsic being pathological. These patients may be more prone to periodontal diseases, due to the porosity that affects the tooth. The dental surgeon must know and classify amelogenesis imperfecta with a differentiated diagnosis, observing its clinical aspect, to outline a treatment plan that can be short or long term.

Keywords: Amelogenesis Imperfecta, Clinical Appearance; Tooth enamel.

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Amelogênese Imperfeita
AMELX	Amelogenina X
AMELY	Amelogenina Y
AMBN	Ameloblastina
ENAM	Enamelina
AD	Autossômica dominante
AR	Autossômica recessiva
RLX	Recessiva ligada ao cromossomo X
DVO	Dimensão vertical de oclusão
SIC	Segundo informações colidas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LIETERATURA	12
2.1. DEFINIÇÃO DE AMELOGÊNESE IMPERFEITA	12
2.1.1 AL hipoplástica	14
2.1.2 Al hipomaturada	14
2.1.3 Al hipocalcificada	14
2.1.4 AI hipoplásica e por hipomaturação com taurodontia	15
2.2. ASPECTOS CLÍNICOS	17
2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	18
2.4 TRATAMENTO DA AMELOGENESES IMPERFEITA	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1. INTRODUÇÃO

Uma queixa frequente na rotina do consultório odontológico é a alteração da cor nos elementos dentais, que podem ser natural ou patológica, e acarreta em uma implicação direta na harmonia do sorriso dos pacientes. As alterações dentais de cor que ocorrem por ingestão de alimentos com pigmentos fortes são um processo natural. Porém, existem alterações de cor de origem patológica, que podem alterar apenas o esmalte, a dentina ou que alteram ambas as estruturas dentais. Essas patologias podem causar alteração de cor e também de forma na estrutura dental, aumentando assim a gravidade do problema.

As alterações dentárias de cor podem ser classificadas quanto a origem da mancha, que pode ser extrínseca ou intrínseca. As manchas extrínsecas ocorrem como um processo natural, e se formam após a erupção dental. São causadas por pigmentos provenientes da dieta, que podem penetrar na estrutura dental e pigmentar a dentina ou acumular sobre o biofilme dental presente na superfície do esmalte. O cigarro também ocasiona a pigmentação extrínseca, formando manchas enegrecidas normalmente na face palatal/lingual dos dentes e na mesial e distal também.

As manchas intrínsecas podem ser patológicas decorrentes de alterações congênitas, que resultam em três tipos básicos de alteração a depender da etapa em que se encontra a formação do dente, sendo elas: hipoplásicas, hipomineralizadas e hipomaturadas. Há ainda outras três formas de manchas intrínsecas: as que ocorrem devido a ingestão excessiva de flúor na infância, acarretando em uma fluorose dentária dos dentes permanentes; as manchas decorrentes de febres elevadas durante o primeiro ano de vida; e as manchas causadas por traumatismos na dentição decídua.

É importante ressaltar que as manchas intrínsecas podem afetar apenas o esmalte ou apenas a dentina, ou ainda afetar ambas estruturas dentais. Por fim, as alterações intrínsecas podem ocorrer em diferentes fases da odontogênese e se manifestar clinicamente de diversas formas, variando de pequenas alterações de cor até alterações morfológicas da estrutura dental.

Devido a essa variedade de características clínicas, o diagnóstico de cada alteração pode ser difícil e geralmente causa muita confusão entre os profissionais, por isso a coleta de informações durante a anamnese é importante assim como o exame clínico, para realizar um diagnóstico diferencial e proporcionar um melhor tratamento para cada caso.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre aspectos clínicos e opções de tratamento da amelogenese imperfeita, com a intenção de auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico e definição do plano de tratamento mais apropriado, evidenciando a importância de considerar-se a individualidade e de cada caso.

2. REVISÃO DE LIETERATURA

2.1. Definição de Amelogênese Imperfeita

A amelogênese imperfeita é um tipo de modificação hereditária do esmalte em que o portador não apresenta nenhuma alteração sistêmica. Os tratamentos variam dependendo da gravidade da anomalia, sendo no geral complexos e um pouco demorados (BEVILACQUA et al., 2010).

A amelogênese imperfeita é uma alteração que afeta o esmalte, podendo gerar hipoplasia e hipocalcificação (ALDREAD et al., 2003; LYKOGORGOS et al., 2002; PINEDO et al., 2009).

Na AI ocorre um defeito na formação do esmalte dentário em ambas as dentições, decídua e permanente, sem qualquer associação com outros defeitos, caracterizada por uma heterogeneidade clínica e genética. O esmalte é afetado com alta variabilidade desde a deficiência na sua formação até o seu conteúdo mineral e proteico (AUGUSTO et al., 2005).

A prevalência da 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 (BRUSCO, 2008; CANGER et al., 2010; MELO, BELTRÃO M., 2005).

O esmalte é a camada mais externa do dente, tendo origem ectodérmica, com formação ocorre em 03 (três) etapas: fase formativa; com deposição da matriz orgânica; fase de mineralização, matriz mineralizada parcialmente, de dentro para fora, de oclusal para cervical; e fase de maturação, com remoção de água e material orgânico, com expansão dos cristais de esmalte expande que se completam de fora para dentro, de oclusal para cervical (RIBAS *et al.*, 2004).

A classificação da AI é muito complexa, é em quatro grupos e quinze subtipos, baseado nos fenótipos e no modo de transmissão, sendo a mais aceita na literatura. A classificação proposta se divide conforme abaixo (WITKOP, 1998):

Tipo 1 -hipoplásica
Esmalte fissurado (autossômica dominante-AD)
Hipoplásica localizada (autossômica dominante-AD)
Hipoplásica localizada grave (autossômica recessiva-AR)
Hipoplásica com esmalte de superfície lisa (autossômica dominante-AD)
Hipoplásica com esmalte liso ligado ao cromossomo X (DLX)
Hipoplásica com esmalte rugoso (autossômica dominante-AD)
Agenesia do esmalte (autossômica recessiva-AR)

Tipo 2 -hipomaturada
Pigmentada (autossômica recessiva-AR)
Pigmentada (recessiva ligada ao cromossomo X-RLX)
Dente com manchas opacas tipo flocos de neve (hipótese de RLX)
Dente com manchas opacas tipo flocos de neve (AD)

Tipo 3 -hipocalcificada
a) transmissão dominante (autossômica dominante-AD)
b) transmissão recessiva (autossômica recessiva-AR)

Tipo 4 -hipoplásica e por hipomaturação com taurodontia
a) hipomaturação (autossômica dominante-AD)

b) hipoplásica (autossômica dominante-AD)

Os pacientes portadores de amelogenese imperfeita estão propensos a problemas gengivais, uma vez que há um acréscimo de retenção de placa e a formação de cálculo devido ao aumento da rugosidade da superfície de esmalte. Diante disto, a amelogenese imperfeita pode ser prejudicial tanto para os dentes decíduos quanto para os dentes permanentes no desenvolvimento do esmalte (PITHAN, 2002).

2.1.1 Al hipoplástica

O esmalte apresenta-se fino, com fissuras e sulcos, dando transparência à dentina, confirmando-se a sua espessura ao exame radiográfico. Deve-se salientar que sua densidade é normal, observando-se contraste com a dentina. O tamanho do dente é reduzido, levando à falta de contatos interproximais (AZEVEDO et al., 2013).

2.1.2 Al hipomaturada

Apresenta manchas opacas que variam do branco ao castanho, passando pelo amarelo e pelo avermelhado. Não se desgasta, mas solta-se em lascas, que se separam facilmente da dentina. Radiograficamente apresenta densidade semelhante ou inferior à dentina, sendo um sinal patognomônico (AZEVEDO et al., 2013).

2.1.3 Al hipocalcificada

O esmalte se deposita apropriadamente, mas não ocorre significativa mineralização, os dentes estão apropriadamente formados na erupção, porem o esmalte é muito mole e facilmente perdido (WITKOP JR; D. J., 1988).

Se apresentando de cor marrom-amarelado ou alaranjado, tornando-se com maior frequência de marrom a negro. Com anos de função, muito do esmalte coronário é perdido, com exceção da porção cervical, que é mais calcificada. Dentes não-erupcionados e mordida aberta anterior não são raros. Os padrões são semelhantes, mas os exemplos AR são em geral mais graves que os AD (NEVILLE et al.,2004).

Possuem forma e tamanho normais, mas aos poucos vão perdendo a função. Radiograficamente apresenta densidade semelhante à dentina, sendo difícil distingui-los (AZEVEDO et al., 2013).

2.1.4 AI hipoplásica e por hipomaturação com taurodontia

Nesse tipo de AI mostra-se hipoplasia de esmalte em combinação com hipomaturação. As dentições decídua e permanente são atingidas indistintamente. Dois tipos são reconhecidos como semelhantes, mas diferenciados pela espessura do esmalte e pelo tamanho total dos dentes (NEVILLE et al., 2004).

Apresenta uma conjugação das características com dominância variável. Radiograficamente apresenta-se com câmaras pulpares aumentadas e com raízes curtas e estreitas. Porém, essa classificação recebeu algumas críticas, pois diferentes fenótipos têm sido identificados em pessoas da mesma família, sendo então proposto que a transmissão é considerada o fator maior de diagnóstico, tendo em conta a mutação genética (ALDREAD et al., 2003; BRUSCO et al., 2008; CARNELIO et al., 2005; PINEDO., 2009).

No entanto, este sistema classificatório proposto é impraticável para a maioria dos clínicos, que devem continuar contando com fenótipo e genótipo para aconselhar pacientes acometidos por AI, considerando as implicações genéticas de seus problemas (NEVILLE et al., 2004).

Qualquer mutação grave que ocorra nos genes durante a fase de formação do esmalte, dependendo da duração do estímulo sobre os ameloblastos e da fase de amelogênese, é o que irá definir a quantidade e a qualidade do esmalte formado. A AI apresenta diferentes mutações nos genes responsáveis pela transcrição das proteínas da matriz orgânica do esmalte, levando a uma grande diversidade dos fenótipos da amelogênese imperfeita (SANTOS et al., 2005).

A herança genética principal é a autossômica dominante, no entanto, pode-se manifestar como autossômica recessiva. Diferentes mutações nos genes que transcrevem as principais proteínas de matriz e as proteinases do esmalte têm sido associadas com fenótipos de AI, que também pode ocorrer frequentemente em um pequeno número de síndromes (GERLACH et al., 2000).

A proteína amelogenina é a mais abundante na matriz orgânica do esmalte e também a principal proteína no processo da amelogênese, sendo que 90% da amelogenina é transcrita pelo

gene AMELX, enquanto 10% é expressa pelo gene AMELY. A transmissão relacionada ao X tem sido relacionada com o gene da amelogenina AMELX, na região cromossômica Xp22, enquanto mutações no gene da proteína ameloblastina do esmalte (AMBN) sejam a causa mais provável das formas autossômica dominante e ou recessiva (CHEN et al., 1994; STEPHANOPOULOS et al., 2005).

Foi relatado também, em estudos mais recentes, mutações no gene da Enamelina (ENAM), influenciando as formas clínicas de amelogênese imperfeita hipoplásica localizada e de superfície lisa, com transmissão autossômica dominante que permanece desconhecida. A forma de transmissão autossômica recessiva está relacionada a mutações nos genes que codificam as proteínas Calicreína-4 e Enamelisina estando associadas a forma de amelogênese imperfeita com hipomaturação pigmentada. No entanto, tem sido demonstrado que mutações nesses genes podem resultar em diferentes tipos de AI, apesar de ainda não ter sido estabelecido os defeitos moleculares de todas as formas de AI (CHEN et al., 1994).

O esmalte dentário é afetado com alta variabilidade, desde deficiência na sua formação até defeitos no conteúdo mineral e proteico. Conforme o grau de severidade da afetação do esmalte, várias são as opções de tratamento como: múltiplas extrações dentárias, restaurações estéticas, confecção de coroas de aço ou de resina composta, próteses removíveis ou fixas, sendo sempre necessária uma boa motivação para a higiene oral (CANGER et al., 2010).

É possível encontrar relatos na literatura de casos com múltiplas impactações dentais associadas à AI, sendo rotineiramente observadas calcificações na câmara pulpar em dentes permanentes. Acompanhamentos feitos em pacientes portadores de AI, revelaram atrasos na erupção, especialmente no tipo hipoplásico, onde dentes impactados frequentemente estão presentes. Isto é proposto por causa da degeneração antecipada dos ameloblastos, sendo responsável pelos distúrbios na erupção dos dentes (MIZUNO J, NONOMURA E, OKAMATO M., 1976).

Exames radiográficos panorâmicos em pacientes com AI, mostraram evidências de alterações patológicas associadas com a erupção dental anormal, incluindo cistos foliculares, dentes impactados e erupção ectópica. Em casos de erupção anormais, foram observadas a agenesia do segundo molar permanente (SEOW et al., 1995).

A reabilitação de pacientes portadores de AI pode ser parte de um plano de tratamento restaurador complexo, dependendo da severidade, com opções de tratamento multidisciplinar, devendo-se levar em consideração a possibilidade de se combinar terapia ortodôntica, cirurgias

periodontais, extrações, implantes dentais, prótese fixa ou removível (AUGUSTO et al., 2005; PINHEIRO et al., 2010).

No entanto, esses procedimentos são complexos, invasivos e de alto custo, o que impossibilita o tratamento de muitos destes pacientes (PINHEIRO et al., 2010).

Para que o planejamento de um paciente com AI seja favorável, devemos avaliar vários fatores: idade do paciente, o tipo e a gravidade da doença, a situação intra oral e o fator psicológico, sendo que todos os pacientes portadores de AI encontram-se psicologicamente afetados, não apresentando convívio social por terem vergonha da estética dentária que não corresponde a um padrão aceitável na sociedade (CANGER et al., 2010).

Há casos onde a dimensão vertical de oclusão (DVO) é um fator relevante em pacientes portadores de AI, estando associada à perda da estabilidade oclusal na região posterior. Assim, a DVO pode representar a principal consequência da disfunção do sistema mastigatório, impossibilitando a reabilitação oral, o que faz com que o tratamento inicial deva buscar restabelecer a DVO (AUGUSTO et al., 2005).

Apesar de estarem descritas várias opções terapêuticas para reabilitar pacientes portadores de amelogênese imperfeita, que variam desde a micro-abrasão à confecção de coroas totais, o tratamento definitivo deve ser feito após o restabelecimento da DVO, estabilidade oclusal, higiene oral, completa erupção dentária permanente e término do crescimento. Por isso é fundamental o acompanhamento multidisciplinar para que se consiga sucesso no tratamento de pacientes portadores de AI (AUGUSTO et al., 2005, CRAWFORD et al., 2007, PINHEIRO et al., 2010).

2.2. Aspectos clínicos da AI

Diante do aspecto clínico, a amelogênese imperfeita, dependendo do tipo de defeito apresentado e estágio de formação do esmalte em que tenha ocorrido a alteração, pode ser subdividida em três tipos: Amelogênese imperfeita hipoplásica, Amelogênese imperfeita hipocalcificada e Amelogênese imperfeita hipomaturada (WITKOP JR, 1988).

Para o autor, na Amelogênese imperfeita hipoplásica, a espessura do esmalte radiograficamente está reduzida em pontos ou áreas da superfície com a presença de sulcos e fossas. Mas com radiopacidade e contraste normais com a dentina (AUGUSTO, 2005).

Na forma Amelogênese imperfeita hipocalcificada, a radiopacidade do esmalte é semelhante à da dentina, sendo que o defeito ocorre na mineralização do esmalte, apresentando maior susceptibilidade ao desgaste, opaco, com coloração que varia do branco até o castanho-escuro e com menor consistência (ROBINSON; HAUBENREICH, 2006).

Quanto a Amelogênese imperfeita hipomaturada, confundida com a fluorose dentária, apresenta espessura e dureza normais, mas o defeito ocorre na maturação do esmalte, com um manchamento opaco, que pode variar de branco a amarelo-amarronzado ou vermelho-amarronzado e tendência a descolar-se em lascas ao invés de desgastar-se. Além disso, apresenta radiodensidade similar ou menor que a dentina (ROBINSON; HAUBENREICH, 2006).

2.3. Diagnóstico diferencial

Para definir um diagnóstico, devem ser realizados, exames radiográficos intra e extra-orais em conjunto com a análise clínica. Visto que, como em qualquer condição potencialmente hereditária, deve-se avaliar a presença de casos na família. Ademais, o diagnóstico genético e laboratorial é usado apenas para fins de pesquisa (CRAWFORD PJM; ALDRED M; BLOCH-ZUPAN, 2007).

Diante disto, a sintomatologia e as complicações bucais, independentemente do tipo, são similares: sensibilidade dentária, estética deficiente e dimensão vertical diminuída. Sendo que, as queixas mais frequentes em pacientes com amelogênese imperfeita consiste no tamanho, forma, cor dos dentes e a deficiência mastigatória. Além disso a higiene bucal frequentemente apresenta-se insatisfatória, como consequência da sensibilidade e também da maior suscetibilidade ao manchamento por café, cigarro e alimentos (SENGUN A; OZER F., 2002).

Para os autores a amelogênese imperfeita decorrem de forma generalizada, afetando todos os dentes em ambas dentições. Desta forma, radiograficamente nestes casos, observa-se uma fina camada de esmalte na face oclusal e inter proximal, em alguns casos pode ser confundido com a dentina por estar na mesma densidade radiográfica (CASTAGNOLI; KOUBIK, 2012).

Além das deficiências quantitativas e qualitativas, estão associadas anomalias como taurodontismo, calcificação pulpar, má-formação radicular, problemas oclusais como mordida

aberta, falha na erupção e impactação de dentes permanentes, dentre outros (YIP HK; SMALES RJ, 2003).

2.4 Tratamento da amelogênese imperfeita

O tratamento da amelogênese imperfeita é de suma importância, pois com o diagnóstico correto e o tratamento precoce melhora a qualidade de vida do paciente tal como a diminuição da sensibilidade ocasionada, dificuldades de alimentação, doenças periodontais e baixa autoestima do paciente (PIRES, 2008).

Diante da diversidade de materiais e métodos restauradores, certas condições devem ser levadas em consideração durante a elaboração de um plano de tratamento, como por exemplo, possibilidade financeira, tipo e severidade da amelogênese imperfeita, idade e estado de saúde bucal. É fundamental considerar ainda, a importância do tratamento não apenas do ponto de vista funcional, como também sua influência na saúde psicossocial do indivíduo (SEOW WK; YI HK; COFFIELD KD; 2003).

Desta forma, o tratamento dependerá do tipo da amelogênese imperfeita que for diagnosticada. Ademais, o dentista pode recomendar vários tratamentos, tal como os restauradores, coroas, implantes e restauração adesiva. Esses tratamentos restaura o tamanho, a forma, a força e a aparência dos dentes afetados. Ademais, uma das características comum da amelogênese imperfeita é a mal oclusão, alinhamento anormal dos dentes superiores e inferiores quando a boca está fechada. Para isso, recomenda-se aparelhos ortodônticos, como os tradicionais, visto que podem ajudar a corrigir a mordida desalinhada. (CASTAGNOLI; KOUBIK, 2012).

Na amelogênese imperfeita é importante ter um cuidado especial com a saúde da boca, mantendo bons hábitos de higiene bucal, devido ao alto risco de cárie e de doença periodontal. Desta forma, recomenda-se que escove os dentes duas vezes ao dia e utilize um limpador interdental para remover a placa bacteriana, bactérias e partículas de alimentos de locais de difícil acesso (LUNARDELLI, S.E, 2007).

No que tange ao atendimento de crianças e pacientes jovens, o planejamento do tratamento deve considerar o desenvolvimento dentário, bem como o potencial crescimento maxilar e mandibular (BOUVIER D. et al., 1999).

É importante que tão logo se realize o diagnóstico, seja instituído o tratamento provisório, para melhorar a aparência e função, bem como evitar o desgaste dentário característico (HIRAISHI N; YIU KYC; KING NM, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amelogênese imperfeita é uma doença genética que afeta o esmalte dentário, sendo que ainda não existe um consenso na sua classificação, nem a completa compreensão da sua etiologia.

Para que a amelogênese imperfeita seja diagnosticada corretamente é necessário uma boa anamnese, exames clínicos e radiográficos completos, aliados ao conhecimento da condição, para que o seu tipo possa ser estabelecido.

A prevenção do agravamento das consequências da amelogênese imperfeita é possível a partir de um diagnóstico precoce e de um plano de tratamento multidisciplinar e dinâmico até a fase adulta do portador.

Inúmeras são as possibilidades de tratamento da AI que dependerá do tipo, da gravidade, do fator econômico e da situação clínica do paciente.

O diagnóstico precoce, a necessidade do envolvimento familiar no tratamento, o controle da sensibilidade dental, da higiene bucal e a estética são fundamentais para o sucesso das diversas etapas e tratamento.

O seu tratamento é de grande importância, pois a mesma afeta funcional e esteticamente os pacientes afetados, sendo necessário um tratamento multidisciplinar para avaliar, diagnosticar e resolver os problemas estéticos e funcionais, usando a combinação de tratamentos periodontais, protéticos, cirúrgicos e restauradores.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

ALDREAD, M. J, Crawford PJM, Savarirayan R. **Amelogenesis imperfecta: A classification and catalogue for the 21st Century.** Oral Dis., v.9, p.19-23. 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-0825.2003.00843.x>. Acesso em: 15 ago. 2021.

AUGUSTO, L.et al. **Amelogênese imperfeita.** RGO, P.Alegre, v.53 p.251-254. 2005. Disponível em: <https://studylibpt.com/doc/989461/amelog%C3%AAnese-imperfeita--revis%C3%A3o-da-literatura>. Acesso em: 15 ago. 2021.

AZEVEDO, M.S, G.M., Torriani D.D, Romano A.R. **Amelogenesis imperfecta: Clinical aspects and treatment.** Rev Gaúcha Odontol, v.61, p.491-496, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372013000500010. Acesso em: 15 ago. 2021.

AZEVEDO, M.S.; GOETTEMES, M.L.; TORRIANI, D.D.; ROMANO, A.R.; DEMARCO, F.F. - **Amelogênese imperfeita: aspectos clínicos e tratamento.** Rev Gaúcha Odontol, v. 61, p. 491-496, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372013000500010. Acesso em: 15 ago. 2021.

ALDRED MJ, Savarirayan R, Crawford PJM. **Amelogenesis imperfecta: a classification and catalogue for the 21st century.** Oral Diseases. 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-0825.2003.00843.x>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BARATIERI, L.N.; MONTEIRO, S.; ANDRADA, M.A.C.; VIEIRA, L.C.C. **Clareamento de dentes vitais.** In: Clareamento Dental. São Paulo: Vila Mariana. Quintessence; 1996. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/3086-Artigo-30157-1-10-20200416.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

BACKMAN B, HOLMGREN G. **Amelogenesis imperfecta: a genetic study.** Hum Hered. 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3169793/>. Acesso em: 22 set. 2021.

BOUVIER D, DUPREZ J-P, PIREL C, VINCENT B. **Amelogenesis imperfecta-a prosthetic rehabilitation: a clinical report.** J Prosth Dent. 1999. Disponível em: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(99\)70144-7/fulltext](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(99)70144-7/fulltext). Acesso em: 12 out. 2021.

BASSO, A.P.; RUSCHEL, H.C.; GATTERMAN, A.; ARDENGHI, T.M. - **Hipomineralização molar-incisivo.** Rev. odonto ciência, v. 22, n. 58, p. 371- 376, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/2449-Article%20Text-8744-1-10-20080111.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

BENDO, C.B.; SACARPELLI, A.C. JUNIOR, J.B.N.; VALE, M.P.P.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. - **Hipoplasia de esmalte em incisivos permanentes: um acompanhamento de 6 meses.** RGO, v. 55, n. 1, p. 107-112, 2007. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/66992957-Hipoplasia-de-esmalte-em-incisivos-permanentes-um-acompanhamento-de-6-meses.html>. 18 out. 2021.

BRAGA, L.C.C et al. **Hipoplasia de esmalte localizada- Dente de Turner**. RGO, v.53, n.4, p.329-334. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-436249>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRUSCO, L.C, Brusco, E.H.C. **Amelogênese imperfeita cinco anos de acompanhamento**. RFO., v.13, p.60-64. 2008. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/594/387>. Acesso em: 22 set. 2021.

CANGER, E.M, et al. **Amelogênese imperfeita, Tipo hipoplásica associada a algumas alterações dentárias: Relato de caso**. Rev., Braz Dent., Ribeirão Preto, v.21, n.2, jan/mar. 2010. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.uniara.com.br%2Flegado%2Frevistauniara%2Fpdf%2F25%2Fflivia_artigo10.pdf&clen=85737&chunk=true. Acesso em: 22 set. 2021.

CRAWFORD PJM, Aldred M, Bloch-Zupan A. **Amelogenesis imperfecta**. Orphanet J Rare Dis. 2007. Disponível em: <https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-2-17>. Acesso em: 27 set. 2021.

CALIXTO, L.R.; BANDECA, M.C.; CLAVIJO, V.; EUSTÁQUIO, J.; ANDRADE M.F. - **Clareamento dentário: terapias modificadas para resolução de casos de manchamento severo**. Rev Dental Press Estét., v. 8, p. 66-74, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-590677>. Acesso em: 27 set. 2021.

CARVALHO, L.D.; BERNARDON, J.K.; BRUZI, G.; ANDRADA, M.A.C.; VIEIRA, L.C.C. - **Hypoplastic Enamel Treatment in Permanent Anterior Teeth of a Child**. Operative Dentistry, v. 38, n. 4, p. 363-368, 2013. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/operative-dentistry/article/38/4/363/206105/Hypoplastic-Enamel-Treatment-in-Permanent-Anterior>. Acesso em: 27 set. 2021.

CHAGAS, M.S.; JACOMO, D.R.E.S.; CAMPOS, U.R. **Frequency of enamel hypoplasia on anterior permanent teeth after injury in their antecessors**. Arquivo Bras. de Odontologia. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19302202/>. Acesso em: 27 set. 2021.

COGLU D, BECERIK S, Emingil G, Hart PS, Hart TC. **Oral rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta**. Pediatr Dent. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264524/>. Acesso em: 27 set. 2021.

FERNANDES, A.F.; MESQUITA, P.; VINHAS, L. - **Hipomineralização incisivomolar: uma revisão da literatura**. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac, v. 53, n. 4, p. 258-262, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289012000659>. Acesso em: 27 set. 2021.

FELIPPE LA, BARATIERI LN, MONTEIRO Jr S, Andrada MAC, Vieira LCC, Baroni R. **Resinas condensáveis:** como obter suas vantagens e evitar suas limitações. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2002. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Ftcc.bu.ufsc.br%2FEspodonto220978.PDF&clen=12826616&chunk=true>. Acesso em: 22 dez. 2021.

GACE, J.P. - **Dentinogenesis imperfecta**, a new perspective. Aust Dent J. v. 30, p. 285-290, 1985. Disponível em : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.1985.tb02510.x>. Acesso em: 12 jan. 2022.

GOKCE, Kagan; CANPOLAT, Ceyhun; OZEL, Emre. **Restoring function and esthetics in a patient with amelogenesis imperfecta:** a casereport. The journal of contemporary dental practice, [sl], v. 8, n. 4, p. 95-101, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/amelogenesis20imperfecta-J20Contemp20Dent20Practice-2007.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

JOINER, A. - **The bleaching of teeth:** A review of the literature. Journal of Dentistry, v. 34, p. 412-419, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571206000492?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan. 2022.

JOINER, A. - **The bleaching of teeth:** A review of the literature. Journal of Dentistry, v. 34, p. 412-419, 2006. KABBACH, W. Abordagem conservadora para o tratamento da Hipoplasia do Esmalte. Int J of Brazilian Dent, v. 6, n. 2, p. 130-141, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/yjx5CcCCQzRWqhzFKVSgVVK/?lang=en>. Acesso em: 12 jan. 2022.

KABBACH, W. **Abordagem conservadora para o tratamento da Hipoplasia do Esmalte.** Int J of Brazilian Dent, v. 6, n. 2, p. 130-141, 2010. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1680>. Acesso em: 12 jan. 2022.

LIMA, R.B.W.; FIGUEIREDO, R.J.A.; DUARTE, R.M.; ANDRADE, A.K.M. - **Amelogênese imperfeita: relato de uma reabilitação estética conservadora.** R Brasileira Ciências Saúde, v. 19, n. 3, p. 227-232, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15246>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LUNARDELLI, S.E. **Prevalência de defeitos de desenvolvimento de esmalte na dentição decídua e fatores materno-infantis associados.** [Dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC); UFSC; 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87362>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LIMA, R.B.W.; FIGUEIREDO, R.J.A.; DUARTE, R.M.; ANDRADE, A.K.M. - **Amelogênese imperfeita: relato de uma reabilitação estética conservadora.** R Brasileira Ciências Saúde, v. 19, n. 3, p. 227-232, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-783984>. Acesso em: 15 jan. 2022.

LUNARDELLI, S.E. **Prevalência de defeitos de desenvolvimento de esmalte na dentição decídua e fatores materno-infantis associados.** [Dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC); UFSC;2007. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.ufsc.br%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F87362%2F203893.pdf%3Fsequence%3D1&clen=174126. Acesso em: 20 jan. 2022.

LYGIDAKIS, N.A. - **Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): A systematic review.** European Archives of Paediatric Dentistry, v. 11, n. 2, p. 65-74, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03262715>. Acesso em: 18 jan. 2022.

LYGIDAKIS, N.A. - **Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): A systematic review.** European Archives of Paediatric Dentistry, v. 11, n. 2, p. 65-74, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/43200684_Treatment_modalities_in_children_with_teeth_affected_by_molar-incisor_enamel_hypomineralisation_MIH_A_systematic_review. Acesso em: 18 jan. 2022.

MARSON, F.; MANTOVANI, M.; SENSI, L.G.; SILVA, C.O.E. - **Diferenças entre hipoplasia de esmalte e fluorose.** Odonto Magazine, v. 32, p. 50-54, 2014. Disponível em: <https://ptdocz.com/doc/1504954/diferen%C3%A7as-entre-hipoplasia-de-esmalte-e-fluorose---portais>. Acesso em: 18 jan. 2022.

MCDONALD, R.E. **Alterações no Desenvolvimento dos Dentes e Maxilares.** In: Odontopediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/903-Texto%20do%20artigo-3629-1-10-20131020.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MENDES, R.F.; JÚNIOR, R.R.P.; CARVALHO, R.B.; MOURA, L.F.A.D.; MOURA, M.S.; LIMA, M.D.M. – **Microabrasão do esmalte.** Pro-Odonto Estética, v. 6, n. 3, p. 9-70, 2012. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fsemanaacademica.org.br%2Fsystem%2Ffiles%2Fartigos%2Fmicroabrasao_do_esmalte_-_karini_de_lemos_costa_0_0.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

MUNOZ, M.A.; ARANA-GORDILLO, L.A.; GOMES, G.M.; GOMES, O.M.; BOMBARDA, N.H.C.; REIS, A.; LOGUERCIO, A.D. - **Alternative Esthetic Management of Fluorosis and Hypoplasia Stains: Blending Effect Obtained with Resin Infiltration Techniques.** Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, v. 25, n. 1, p. 32-39, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8240.2012.00527.x>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARSON, F.; MANTOVANI, M.; SENSI, L.G.; SILVA, C.O.E. - **Diferenças entre hipoplasia de esmalte e fluorose.** Odonto Magazine, v. 32, p. 50-54, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/TCC%20final%20submiss%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NETTO, L.R.C.; WERNECK, D.; KALIX, A.P.; FERREIRA, L.G.; SOUZA, H.F. - **Tratamento restaurador estético da hipoplasia de esmalte:** relato de caso. Rev Dental Press Estét., v. 12, p. 102-12, 2015. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/15/13>. Acesso em: 20 Jan. 2022.

NEVILLE, B.W. **Anomalias dos Dentes.** In: Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Fdpress%2Fa%2F4D6RfLM8bpjQvZr9kfsYmXg%2F%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&clen=464556&chunk=true>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PASSOS, I.A.; COSTA, J.D.M.C.; MELO, J.M.; FORTE, F.D.S.; SAMPAIO, F.C. - **Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial.** Rev Inst Ciênc Saúde, v. 25, n. 5, p. 187-92, 2007. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/13745478/defeitos-do-esmalte-etilogia-caracteristicas-clinicas-e-unip>. Acesso em: 20 Jan. 2022.

PINHEIRO, Sally de França Lacerda et al. **Amelogênese imperfeita em paciente nefropata:** relato de uma reabilitação oral conservadora. Revista Gaúcha Odontologia, Porto Alegre, v. 58, n. 4, p. 527-531, out./dez. 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000400017. Acesso em: 22 Jan. 2022.

RIBAS, A.O.; CZLUSNIAK, G.D. - **Anomalias do esmalte dental:** etiologia, diagnóstico e tratamento. Publ UEPG Ci Biol Saúd, v. 10, n. 1, p. 23-35, 2004. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/379>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

RIEHL, H. - **Considerações clínicas sobre terapias de clareamento dental.** Scientifica, v. 1, p. 68-78, 2007. Disponível em: https://issuu.com/fgmprodutosodontologicos/docs/cap07_heraldo_riehl_clareamento. Acesso em: 25 Jan. 2022.

ROBINSON, C.; CONNELL, S.; KIRKHAM, J.; BROKES, S.J. - **The effect of fluoride on the developing tooth.** Caries Res, v. 38, p. 268-276, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327246/>. Acesso em 22 Fev. 2022.

ROBINSON, F.G; HAUBENREICH, J.E. **Oral rehabilitation of a young adult with hypoplastic amelogenesis imperfecta:** a clinical report. The journal of prosthetic dentistry,[sl], v. 95, n. 1, p. 10-13, 2006. [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(05\)00572-X/fulltext](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(05)00572-X/fulltext). Acesso em: 20 fev. 2022.

SANTOS, C.T.; PICINI, C.; CZLUSNIAK, G.D.; ALVES, F.B.T. - **Anomalias do esmalte dentário - revisão de literatura.** Arch Health Invest, v. 3, n. 4, p. 74-81, 2014. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/694>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SEOW, W.K. **Enamel hypoplasia in the primary dentition:** A review. *J Dent Child*, v. 58, n. 6, p. 441-52, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/KK5X5VCmtyvqJYR4JzDM8jp/?lang=en>. Acesso em: 22 Jan 2022

SHAFER, W.G. HINE; M.K.; LEVY, B.M. **Distúrbios do Desenvolvimento das Estruturas Bucais e Parabucais.** In: *Tratado de Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/97365714/disturbios-de-desenvolvimento-das-estruturas-bucais-e-parabucais>. Acesso em: 10 Fev. 2022.

SILVA, K.O.R.; AZEVEDO, T.D.P.L. **Dentinogênese Imperfeita:** relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*, v. 20, n. 55, p. 354-358, 2011. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Ffiles.bvs.br%2Fupload%2FS%2F0104-7914%2F2012%2Fv20n55%2Fa3126.pdf&clen=528070&chunk=true>. Acesso em: 24 Jan. 2022.

SUCHETHA, A.; KHAWAR, S.; SAPNA, N.; VINAYA, S.; MUNDINAMANE, D.B.; JAYACHANDRAN, C. **All about dental stains:** a review (part II). *Annals of Dental Specialty*, v. 4, p. 47-50, 2016. Disponível em: <https://annalsofdentalspecialty.net.in/article/all-about-dental-stains-a-review-part-ii>. Acesso em: 27 Jan. 2022.

VIEGAS, C.M.; SCARPELLI, A.C.; NOVAES, J.B.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. **Fluorose dentária: abordagens terapêuticas para recuperação estética.** *Rev Gaúcha Odontol*, v. 59, n. 3, p. 497-501, 2011. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frevodonto.bvsalud.org%2Fpdf%2Frgo%2Fv59n3%2Fa21v59n3.pdf&clen=2064822&chunk=true>. Acesso em: 27 Jan. 2022.

VILANI, P.N.L.; PAIM, A.S.; PENIDO, C.V.S.R.; BARRA, S.G. **Hipomineralização molar-incisivo:** relato de caso clínico. *FOL*, v. 24, n. 1, p. 64-68, 2014. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/2125>. Acesso em: 24 fev. 2022.

WITKOP JR; D. J. **Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: problems in classification.** *Journal of Oral Pathology & Medicine*, [sl], v. 17, n. 9-10, p. 547-553, 1988. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0714.1988.tb01332.x>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SIADAT, H; Alikhasi, M; DDS, Mirfazaelian, A. **Rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta using allceramic crowns:** A clinical report. *J Prosthet Dent* 2007; 98: 85-88. 21. Disponível em: file:///C:/Users/Rose/Downloads/Rehabilitation_of_a_patient_with_ameloge.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

SIMMER, PJ; Hu, JCC. **Dental Enamel Formation and Its Impact on Clinical Dentistry.** Journal of Dental Education, 65 (9), sept. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11569606/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SOCKALINGAM, SNMP. **Dental rehabilitation of amelogenesis imperfecta using thermoformed templates.** Journal of Indian Society of pedodontics and Preventive Dentistry. 29 (1), Jan - Mar 2011. Disponível em: <https://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2011;volume=29;issue=1;spage=53;epage=56;aui=5656;aulast=Sockalingam>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SHETTY, YB; Shetty, A. **Oral Rehabilitation of a Young Adult with Amelogenesis Imperfecta: A Clinical Report.** J Indian Prosthodont Soc, 10(4):240–245. Oct-Dec, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13191-010-0037-6>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SILVA, Carlos Teixeira et al. **Esmalte dental**, Balneário de Camburiú, jun. 2017. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepository.uniube.br%2Fbitstream%2F123456789%2F342%2F1%2FAMELOG%25C3%258ANESE%2520IMPERFEITA%2520-%2520REVIS%25C3%2583O%2520DA%2520LITERATURA.pdf&clen=377572](https://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepository.uniube.br%2Fbitstream%2F123456789%2F342%2F1%2FAMELOG%25C3%258ANESE%2520IMPERFEITA%2520-%2520REVIS%25C3%2583O%2520DA%2520LITERATURA.pdf&clen=377572). Acesso em: 24 Jan 2022.

SNELLER, Jennifer et al. **The impact of amelogenesis imperfecta and support needs of adolescents with AI and their parents: an exploratory study.** International Journal of Paediatric Dentistry, Nottingham, p. 409–416, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12086>. Acesso em: 24 jan. 2022.

WAES, HJM van; Shöckli, PW. **Patologias dentárias em crianças.** In: Waes HJM van; Shöckli PW. Odontopediatria. Porto Alegre: Artmed; 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Rose/Downloads/13824-35487-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

YAPRAK, E. et. al. **Amelogenesis Imperfecta and Generalized Gingival Overgrowth Resembling Hereditary Gingival Fibromatosis in Siblings: A Case Report.** Case Reports in Dentistry. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232612186_Amelogenesis_Imperfecta_and_Generalized_Gingival_Overgrowth_Resembling_Hereditary_Gingival_Fibromatosis_in_Siblings_A_Case_Report. Acesso em: 24 jan. 2022.

YAMAGUTI PM, ACEVEDO AC, de Paula LM. **Rehabilitation of an adolescent with autosomal dominant amelogenesis imperfecta: case report.** Operat Dent. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6958347_Rehabilitation_of_an_Adolescent_with_Autosomal_Dominant_Amelogenesis_Imperfecta_Case_Report. Acesso em: 17 fev. 2022.

ZORZETTO, SQP; Vilar, VLA. **Diagnóstico diferencial de manchas brancas em esmalte.** Piracicaba, SP: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1995. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.ufmg.br%2Fbitstream%2F1843%2FODON-ACQQSW%2F1%2Fmonografia___n_vea_aparecida_reis_albuquerque.pdf&cflen=1686513. Acesso em: 17 fev. 2022.

ZARATIS, AHMADIAN L, ARBABIR. **A Transitional overlay partial denture for a young patient:** a clinical report. *J Prosthodont.* 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-849X.2008.00369.x>. Acesso em: 17 fev. 2022.