REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE PACIENTES PORTADORES DE AMELOGÊNESE IMPERFEITA COM RESINA COMPOSTA DIRETA EM DENTES ANTERIORES

Júlia de Carvalho Sampaio [1]

Vitor Silva Rocha Magalhães de Oliveira [2]

Marcelo Regis Gomes [3]

RESUMO

A Amelogênese Imperfeita (AI) é uma anormalidade de caráter hereditário que acomete o esmalte dentário tanto de dentes decíduos quanto dos dentes permanentes. Pode ser categorizada quanto ao fenótipo e aspecto clínico em diferentes tipos e grau de severidade. Assim, o suporte necessário para o atendimento dos indivíduos acometidos é importante, tanto clínica quanto emocionalmente, já que a AI comumente pode resultar em alterações de cor, forma e tamanho dos dentes. O nível de comprometimento estético é um fator determinante no tipo de tratamento a ser conduzido. A conduta terapêutica pode variar desde tratamentos diretos em resina composta à reabilitações indiretas e extrações. Este trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, abordar a viabilidade de uso da resina composta direta como material de eleição para reabilitação estética de dentes anteriores em pacientes acometidos com amelogênese imperfeita. De acordo com a literatura estudada, devido as suas propriedades físicas, mecânicas e ópticas, os compósitos diretos possuem ampla aplicação estética. Para contornar os problemas estéticos e sociais proporcionados pela AI de forma mais breve possível, quando comparada aos procedimentos indiretos, a reabilitação estética com resina composta direta, possui menor custo, pode ser realizada em sessão única e não demanda etapas laboratoriais, fatores esses que tornam a torna mais acessível, rápida e menos onerosa.

Palavras chave: Reabilitação, amelogênese imperfeita, resina composta

AESTHETIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH AMELOGENESIS IMPERFECTA WITH DIRECT COMPOSITE RESIN IN ANTERIOR TEETH

ABSTRACT

Amelogenesis Imperfecta (UA) is a hereditary abnormality that affects the tooth enamel of both deciduous and permanent teeth. It can be categorized according to phenotype and clinical appearance into different types and degree of severity. Thus, the necessary support for the care of affected individuals is important, both clinically and emotionally, since UA can commonly result in changes in the color, shape and size of the teeth. The level of aesthetic impairment is a determining factor in the type of treatment to be conducted. The therapeutic approach can range from direct composite resin treatments to indirect rehabilitations and extractions. This study aims, through a literature review, to address the feasibility of using direct composite resin as the material of choice for aesthetic rehabilitation of anterior teeth in patients with amelogenesis imperfecta. According to the literature studied, due to their physical, mechanical and optical properties, direct composites have a wide aesthetic application. To circumvent the aesthetic and social problems provided by UA as soon as possible, when compared to indirect procedures, aesthetic rehabilitation with direct composite resin has a lower cost, can be performed in a single session and does not require laboratory steps, factors that make aesthetic rehabilitation more accessible, faster and less expensive.

Keywords: Amelogenesis, amelogenesis imperfecta, composite resin

---

[1]Aluno de graduação Júlia de Carvalho do Curso de Odontologia Centro Universitário Uni-FTC Salvador-BA. E-mail: juliacsampaio528@gmail.com

[2]Aluno de graduação Vitor Silva Rocha Magalhães de oliveira do Curso de Odontologia Centro Universitário Uni-FTC Salvador-BA. E-mail: vitor.silvar013@gmail.com

[3]Professor Orientador Marcelo Regis Gomes, Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. Especialista em Dentistica pelo CEBEO-BA. E-mail: marcelo.gomes@ftc.edu.br

INTRODUÇÃO

A amelogênese imperfeita (AI) é uma anormalidade hereditária que ocasiona modificação na estrutura e nas propriedades clínicas do esmalte dentário. Pode estar relacionada a inúmeras mudanças sistêmicas morfológicas ou bioquímicas. Existem 15 subtipos de amelogênese imperfeita, agrupados de acordo com seus fenótipos (aparência clínica) e genótipos (herança hereditária), capazes de se apresentar como distúrbios autossômico dominante, autossômico recessivo ou ligado ao cromossomo X (SILVA, 2019).

Esta anormalidade foi classificada e descrita pela primeira vez por Weinmann, Svoboda e woods em 1945. Apresenta-se como uma anomalia restrita apenas ao esmalte sendo caracterizada como uma hipoplasia ou hipocalcificação deste tecido. Witkop e Rao (1971) classificou essa má formação em três tipos, baseado nos fenótipos como: hipoplásica, hipocalcificada, hipomaturada, e mais 11 subtipos. Posteriormente, em 1988, Witkop adicionou um quarto tipo, a hipoplásica com taurodontismo, sendo esta classificação a mais amplamente conhecida e aceita com 15 subtipos (AZEVEDO et al., 2013).

A AI pode ser categorizada quanto ao fenótipo e aspecto clínico em: Tipo I ou hipoplásica, resultante de dificuldades na secreção do esmalte; Tipo II ou hipomaturo, associado à maturação do esmalte; Tipo III ou hipocalcificado, quando envolve questões relacionadas à mineralização e Tipo IV, hipoplásico, hipomaturo e taurodôntico. Esses dentes apresentam muitos níveis de modificação de cor, apresentando pigmentação marrom escura, aumento da rugosidade e vulnerabilidade ao atrito, o que resulta na redução da dimensão vertical (MOREIRA et al., 2016).

De acordo com as características clínicas da amelogênese imperfeita pode ser diagnosticado o tipo de deficiência apresentada e o estágio de formação do esmalte em que tenha ocorrido a modificação. Devido a diversidade de características clínicas, o diagnóstico de cada variação pode ser difícil e por isso a coleta de informações durante a anamnese é fundamental. Além disso, a realização de um exame clínico e radiográfico criterioso permite um diagnóstico diferencial e proporciona tratamento mais individualizado (AZEVEDO et al., 2013).

O tratamento e o manejo de pacientes portadores dessa condição é um desafio para o cirurgião-dentista. Alterações de cor, forma, posição e textura ou ausência de pontos de

contato, perda de função e de estética tornam o manejo da AI ainda mais complexo. Desta forma, a escolha da melhor conduta terapêutica depende de vários fatores como idade, condição socioeconômica, posição dentária no arco e o grau de severidade (SILVA, 2019).

Considerando esses fatores, especialmente alterações de cor, forma e posição, a amelogênese imperfeita gera um comprometimento estético negativo. Sendo assim, a diminuição do seu impacto clínico e social tem como principal objetivo aperfeiçoar a qualidade da saúde oral do paciente, melhorando a estética, levando sempre em consideração o grau de escurecimento dentário e o desconforto causado ao paciente no convívio social (CUNHA et al., 2022; MOREIRA et al., 2022).

Por vários anos a AI era limitada a um tipo de tratamento que incluía exodontias múltiplas seguida de uma instalação de prótese total. Com a evolução da odontologia e dos materiais dentários essa opção tornou-se completamente radical e inviável nos dias de hoje, principalmente em pacientes jovens. Planejamentos baseados no uso tópico de flúor, selantes resinosos, resina composta diretas, coroas de policarbonato, coroas metálicas, coroas metalo-cerâmicas, coroas cerâmicas e inlays/onlays têm sido utilizados atualmente com alternativas de tratamento. Restaurações em resina composta direta permitem um preparo conservador ou nenhum preparo em alguns casos, mascaram a descoloração, sendo uma opção de grande viabilidade para pacientes (MARQUES, 2011; RIZZO et al., 2019).

Bogosavljevic et al., (2016) afirmaram que a reabilitação com próteses fixas envolve perda severa da estrutura dentária e deve ser utilizada como última alternativa de tratamento dos pacientes com AI, momento no qual já se realizaram tentativas com métodos conservadores.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo abordar, por meio de uma revisão de literatura, a viabilidade da utilização da resina composta como um material de eleição na reabilitação estética de pacientes portadores de amelogênese imperfeita em dentes anteriores.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura em que foram utilizados as bases de dados Scielo, Medline, segundo os descritores amelogênese imperfeita, anomalia de esmalte, resina composta e restauração, nos idiomas inglês e português. Para esse trabalho foram

utilizados publicações no período de busca de 2011 a 2023. Foram excluídos artigos que tivessem sido publicados fora do período recomendado, descontextualizados e inacessíveis.

REVISÃO DE LITERATURA

A AI é uma anomalia hereditária do esmalte que atinge ambas as dentições e pode acarretar sensibilidade dentária, ausência de dimensão vertical, defeito de esmalte, falha na erupção dentária, impactação de dentes permanentes, envolvimento estético e mordida aberta anterior (MOREIRA et al., 2016).

Na AI hipoplásica ou tipo I (figura 1) ocorre uma matriz orgânica defeituosa que foi depositada de forma inadequada. O esmalte apresenta espessura fina com presença de fissuras e sulcos, provocando uma transparência e exposição ocasional de dentina. O tamanho do dente pode diminuir resultando em falta de contato interproximal (CUNHA et al., 2022).



Figura 1. Amelogênese imperfeita hipoplásica

Fonte: MOREIRA et al. (2016)

A hipomaturada ou tipo II (figura 2) possui deposição de matriz regular, mas com mineralização deficiente. O esmalte é frágil, no entanto, não há alteração de forma do dente. Há a presença de manchamento de cor amarelada, opaco e com radiopacidade similar à da dentina. O dente trinca e fratura com facilidade (SILVA, 2019).



Figura 2. Amelogênese imperfeita hipomaturada

Fonte: MOREIRA et al. (2016)

Na hipocalcificada ou tipo III (figura 3), o esmalte é composto por uma matriz orgânica normal, mas não completamente mineralizada. Apresenta-se frágil, escurecido e manchado. Devido a mineralização deficiente, a radiopacidade do esmalte é maior, sendo difícil distingui-lo da dentina (SILVA, 2019).



Figura 3. Amelogênese imperfeita hipocalcificada

Fonte: MARQUES (2011)

Nos tipos hipoplásico com taurodontismo ou IV, o esmalte exibe um misto de características diferentes das encontradas nos casos da hipomaturada e hipoplásica. Apresenta uma coloração que varia de branca à marrom-amarelada e esmalte com pouca espessura. O

tamanho do dente é menor do que o normal. Não possuem contatos proximais e tendem a ter áreas hipomineralizadas (ARRUDA, 2017).

Em 1988, Wiktop, definiu uma classificação que é a mais amplamente conhecida e aceita, na qual divide a AI em 4 tipos principais e 15 subtipos (quadro 1), baseados na variedade de fenótipos e no modo de transmissão da anomalia (COUTO et al., 2012).

TIPO	PADRÃO	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS	HERANÇA
IA	Hipoplásico	Depressão generalizada	Autossômica dominante
IB	Hipoplásico	Depressão localizada	Autossômica dominante
IC	Hipoplásico	Depressão localizada	Autossômica recessiva
ID	Hipoplásico	Leve difusão	Autossômica dominante
IE	Hipoplásico	Leve difusão	Dominante ligada ao X
IF	Hipoplásico	Difusão áspera	Autossômica dominante
IG	Hipoplásico	Agenesia do esmalte	Autossômica recessiva
IIA	Hipomaturação	Difusa pigmentada	Autossômica recessiva
IIB	Hipomaturação	Difusa	Recessiva ligada ao X
IIC	Hipomaturação	Coberta de neve	Ligada ao X
IID	Hipomaturação	Coberta de neve	Autossômica dominante?
IIIA	Hipocalcificado	Difusa	Autossômica dominante
IIIB	Hipocalcificado	Difusa	Autossômica recessiva
IVA	Hipomaturado-hipoplásico	Presença de taurodontia	Autossômica dominante
IVB	Hipoplásico-hipomaturado	Presença de taurodontia	Autossômica dominante

Quadro1: Classificação da Amelogênese Imperfeita

Fonte: NEVILLE, 2004 apud COUTO et al. 2012

De acordo com Cunha et al. (2022), a prevalência mundial da AI é de um em cada 14 mil indivíduos, sendo a hipocalcificada a forma de maior incidência, seguida pelos tipos hipomaturada e hipoplásica. Vaz (2014) afirma que o fenótipo dos homens afetados é caracterizado por um esmalte hipomaturado e amarelado, com textura áspera, que varia desde uma espessura normal a extremamente fina. Contudo, o fenótipo em mulheres apresenta mais casos de esmalte hipoplásico, com mudança de cor como resultado de amelogenina defeituosa.

No sexo feminino 60-73% dos casos é mais frequente o tipo hipoplásico. Entretanto, 20-40% dos casos, no sexo masculino, tem maior prevalência o tipo hipomaturado e o tipo hipocalcificado em 7% dos casos(MARQUES, 2011).

Levando-se em consideração os aspectos estéticos e funcionais, existem diversos fatores que influenciam o tratamento a ser conduzido, como: fatores socioeconômicos, grau de severidade, idade, estética, aspectos psicossociais, demandas funcionais e expectativas do paciente. A literatura dispõe de inúmeras opções de tratamento, materiais e métodos restauradores que ampliam cada vez mais as possibilidades de tratamento (CUNHA et al., 2022).

O uso de técnicas restauradoras adesivas, laminados cerâmicos, restaurações inlay e onlay são possibilidades de reabilitação para pacientes com essa anormalidade. As opções menos invasivas são de primeira eleição por proporcionar maior preservação do dente e menor risco de sensibilidade. Nesse sentido, o uso de resinas composta direta torna-se uma possibilidade bastante viável (SILVA, 2017; MARCIAL, 2021).

Vários estudos têm indicado as resinas compostas como material de eleição para corrigir esteticamente a AI tanto para a dentição decídua quanto para a permanente. Os compósitos diretos são capazes de corrigir os defeitos e descoloração do esmalte de forma conservadora, exigindo preparo mínimo do dente ou nenhum preparo. Nos últimos anos, o uso de restaurações adesivas diretas ganhou notoriedade nesses tipos de casos, em virtude dos benefícios que esse material proporciona, como: excelentes propriedades estéticas e mecânicas, baixo custo comparada à restaurações indiretas, preparos conservadores, podem ser executadas em sessão única, diminuindo o tempo de trabalho, não demandam etapas laboratoriais e podem ser usadas em regiões sujeitas a estresse como em faces oclusais de dentes posteriores auxiliando na recuperação da dimensão vertical de oclusão. Seu sucesso clínico, no entanto, está diretamente relacionado a habilidade técnica do profissional e a uma adesividade satisfatória no tecido defeituoso (MOREIRA et al., 2016; RIZZO et al., 2019; PEREIRA, 2022).

O preparo dos dentes acometidos com AI para receber as restaurações diretas é dividido em dois grupos: os dentes sem modificação de cor e dentes com modificação elevada de cor. Independente do tipo de alteração presente, a profundidade e limites gengival, proximal e incisal devem ser avaliados. Dessa maneira, o preparo em dentes com maior alteração de cor será mais invasivo e profundo, de tal modo que se alcance um espaço mínimo entre 1 a 1,5 mm de desgaste, podendo variar de acordo com a angulação do dente no arco. Já os casos onde não há uma alteração de cor significativa, o preparo deve ser preferencialmente no esmalte de forma conservadora. Porém, em alguns casos, existe a necessidade de aprofundar o preparo até a dentina para permitir uma estratificação adequada do material

restaurador. Recomenda-se desgaste de 0,4 mm na região cervical e 0,5 mm na região do terço médio e incisal (PEREIRA, 2022).

A Odontologia restauradora e estética é fortemente dependente da adesão dos materiais restauradores aos tecidos dentais mineralizados (FRANÇA, 2016). A heterogeneidade dos substratos dentários tem grande influência na longevidade e na qualidade da força adesiva. A umidade e a composição orgânica presente na dentina tornam este substrato dentário um grande desafio no processo de adesão, sendo mais complexa do que em esmalte. A existência do smear layer e de smear plugs, também, são fatores condicionantes da adesão (PROENÇA, 2013).

A proporção que se foi compreendendo a diferença entre os tecidos dentários, a forma como se estabelece a adesão e os fatores que a influenciam, diferentes sistemas adesivos foram sendo desenvolvidos. O sistema adesivo convencional é caracterizado pela condicionamento total do esmalte e dentina com o uso prévio do ácido fosfórico. No esmalte, o condicionamento ácido gera uma desmineralização resultando em microporosidades que serão preenchidas por monômeros que estão presentes no adesivo, e que são imprescindíveis na retenção micromecânica do material restaurador. Porém, na dentina, a adesão é dificultada tanto pela sua composição orgânica, pela umidade contida nos túbulos dentinários e pela presença da smear layer. Deste modo, o ataque ácido em dentina promove a remoção completa da lama dentinária seguida da desmineralização deste substrato e consequente exposição das fibras colágenas para que ocorra a hibridização (FROEHLICH et al., 2021).

Os adesivos autocondicionantes são mais indicados para casos onde é necessário uma adesão maior em dentina, pelo maior controle na desmineralização e infiltração pelos monômeros. Podem ser classificados de acordo com o pH em forte, médio, fraco e muito fraco. A acidez do sistema utilizado determinará menor ou maior grau desmineralização da dentina. O pH ideal para esses adesivos seria o fraco e muito fraco, por desmineralizarem a dentina em aproximadamente um micrômetro de profundidade, mantendo a hidroxiapatita ligada ao colágeno e permitindo embricamento suficiente para uma hibridização satisfatória (RODRIGUES et al., 2021).

Outra categoria é a dos adesivos universais, os quais podem ser utilizados tanto como autocondicionantes quanto convencionais. Nesse sistema de adesivos, quando utilizados como autocondiconantes, pode se feito o condicionamento seletivo de esmalte, aumentando significativamente a resistência de união com esse tecido. Apresentam bons resultados de

resistência de união à dentina, condicionada ou não, pois os monômeros acídicos presentes na formulação destes adesivos promovem adesão química ao dente (FROEHLICH et al., 2021).

Como a AI pode comprometer o esmalte em grau variado de severidade, demandando diferentes tipos de profundidade de preparo, a escolha do sistema adesivo é uma etapa importante da reabilitação. Diversos estudos sugerem que nos casos de maior alteração de cor, onde haverá necessidade de desgastes mais profundos para permitir a estratificação do material restaurador direto e se exigirá uma melhor adesão em dentina, deve-se dar preferência aos adesivos autocondicionantes e universais utilizados com protocolo autocondicionante. Em contrapartida, sugere-se o uso do adesivo convencional para casos onde será necessário um desgaste pouco significativo, nos quais há pouca ou nenhuma alteração cromática. Esse sistema de adesivo permite uma melhor adesão em tecidos com maior composição inorgânica, como o esmalte. (SANTOS et al. 2018; AVELAR et al., 2019; FROEHLICH et al., 2021, RODRIGUES et al. 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Amelogênese Imperfeita é uma anormalidade hereditária que deve ser diagnosticada precocemente para que o tratamento seja iniciado o mais breve possível, em virtude do impacto negativo que acarreta para os pacientes. A pouca socialização dos indivíduos portadores de AI é comum, especialmente quando compromete cor, forma e tamanho de dentes anteriores. Nesse sentido, a rapidez do resultado, o custo do tratamento, a dispensa de etapas laboratoriais e a grande aplicabilidade clínica das resinas compostas diretas devido as suas excelentes propriedades físicas, mecânicas e ópticas tornam esses materiais viáveis e de grande acessibilidade para contornar os problemas estéticos e sociais proporcionados por essa anomalia.

A escolha do sistema adesivo que será usado é de fundamental importância para o sucesso do tratamento, uma vez que o grau de severidade da AI exigirá a manipulação de tecidos heterogêneos, como o esmalte e a dentina. Nos casos de alteração de cor acentuada haverá um maior necessidade de desgaste. Sendo assim, é indicado a utilização do sistema adesivo autocondicionante, por apresentar melhor adesão em dentina. Já em casos onde não existe alteração de cor, é aconselhado o uso do sistema adesivo convencional, já que os mesmos proporcionam uma melhor adesão em esmalte.

BIBLIOGRAFIA

ARRUDA, Igor Marques Jacobes**. Amelogênese imperfeita da dentição permanente envolvendo múltiplos dentes inclusos.** 2017.

AVELAR, Wellinton Venâncio *et al*. **Sistemas adesivos universais: composição, indicações, vantagens e desvantagens**. 2019. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, 2019.

AZEVEDO, Marina Sousa et al. **Amelogenesis imperfecta: clinical aspects and treatment**. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 61, p. 491-496, 2013.

BOGOSAVLJEVIĆ A, Misina V, Jordacević J, Abazović M, Dukić S, Ristić L, Daković D. **Treatment of teeth in the esthetic zone in a patient with amelogenesis imperfecta using composite veneers and the clear matrix technique: A case report. Vojnosanit Pregl**. 2016 Mar;73(3):288-92. doi: 10.2298/vsp141125053b. PMID: 27295917.

COUTO, Ana Claudia Franco *et al*. **Amelogênese imperfeita: revisão da literatura**. 2012. 7 f. Monografia (Especialização) - Curso de Odontologia, Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio, Pouso Alegre, 2012.

CUNHA, Bruna Mandrá da *et al*. **Aspectos clínicos e tratamento da amelogênese imperfeita: relato de caso**. 2022. 7 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Instituição de Ensino Superior em Uberaba, Uberaba, 2022.

SILVA, Fernanda Siqueira da. **Tratamento restaurador conservador na amelogênese imperfeita: quando indicar essa opção?**. Revista Fluminense de Odontologia, 2017.

RODRIGUES, Lorena dos Santos et al**. Sistemas adesivos atuais e principais desafios na adesão: revisão narrativa.** Research, Society and Development, v. 10, n. 10, p. e543101019206-e543101019206, 2021.

FRANÇA, Swellyn. **Odontologia restauradora na era adesiva.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 70, n. 3, p. 234-241, 2016.

FROEHLICH , L.; ROSIN, M.; MAZUR, N.; BOFFO, B. S. .; OLIVEIRA, H. P. de .; ZANCHIN, C.; TERRES NETO, T. P. .; PEZZINI, R. P. .; NAUFEL, F. S. .; SANTOS, E. B. dos . **Adhesive systems: a literature review. Research, Society and Development,** *[S. l.]*, v. 10, n. 2, p. e36510212612, 2021

MARCIAL, Kellen Saturnino P.. **Influência da estética bucal para o bem estar psicossocial da mulher:** revisão de literatura. 2021. 21 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, Mg, Manhuaçu, 2021.

MARQUES, Inês Pinto Correia de Carvalho. **Amelogénese imperfeita: revisão bibliográfica e caso clínico.** 2011. Tese de Doutorado.

MOREIRA, Maria Paula Marquez Cruvinel. **AMELOGÊNESE IMPERFEITA: REVISÃO DA LITERATURA**. 2022. 13 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto, 2022.

MOREIRA, Rudá França et al. **Immediate desensitization in teeth affected by amelogenesis imperfecta.** Brazilian dental journal, v. 27, p. 359-362, 2016.

PEREIRA, Fernanda Costa. **Facetas de resina composta em paciente com amelogênese imperfeita:** relato de caso. 2022.

PROENÇA, Ana Filipa Alves Prior. **ADESÃO AOS TECIDOS DENTÁRIOS - DESAFIOS**. 2013. 61 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2013.

RIZZO, Nathaly Stephania Palacios et al. **Esthetic Rehabilitation with Direct Composite Resin in a Patient with Amelogenesis Imperfecta:** A 2-Year Follow-Up. 2019. 4 f. TCC (Graduação) Curso de Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, 2019.

RODRIGUES, L. dos S.; ASSIS, P. S. de M. .; MARTINS, A. C.; FINCK, N. S**. Current adhesive systems and main challenges in adhesion: narrative review. Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 10, p. e543101019206, 2021.

SANTOS, Ana Carla Ribeiro dos *et al*. **SISTEMAS ADESIVOS RESINOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. 2018. 24 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade de Uberaba, Uberaba, 2018.

SILVA, Andresa Santos. **Tratamentos indicados para amelogênese imperfeita: Revisão de literatura.** 2019.

VAZ, Ana Rita Touro Cerejo Rabaça**. Amelogenesis Imperfecta - fenótipo e genótipo**. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, 2014.