

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**Giovanni Eloi Pereira**

**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA EM PACIENTE  
PORTADOR DE AMELOGÊNESE IMPERFEITA:  
RELATO DE CASO**

BAURU  
2018

**GIOVANNI ELOI PEREIRA**

**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA EM PACIENTE  
PORTADOR DE AMELOGÊNESE IMPERFEITA:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro.

BAURU  
2018

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

P436r

Pereira, Giovanni Eloi

Reabilitação oral estética em paciente portador de  
amelogênese imperfeita: relato de caso / Giovanni Eloi  
Pereira. -- 2018.

30f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru -  
SP

1. Reabilitação Oral. 2. Amelogênese Imperfeita. 3.  
Estética Bucal. I. Pegoraro, Thiago Amadei. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por sempre ter guiado meus passos, me abençoando, me dando sabedoria para enfrentar os momentos difíceis e me dando forças para chegar até aqui e realizar um sonho. Essa conquista significa muito para mim e somente Deus esteve presente em todos os momentos e sabe de como esse caminho foi percorrido, devo tudo graças a Ele.

A minha família, que sempre me apoiou e me deu suporte desde o começo mesmo sabendo que não seria fácil. Foram anjos que mesmo longe, eu sabia que estariam do meu lado independente de qualquer circunstância. Foram meu exemplo, meu combustível nesses quatro anos, o mínimo que eu poderia fazer era me tornar uma pessoa forte e com o objetivo alcançado, são fruto de tudo que me tornei até hoje.

A todos os meus amigos da graduação, que se fizeram presentes nos momentos, nos bons e ruins, sempre preenchendo o dia com muito companheirismo e alegria, me fazendo se sentir confortável onde estava.

Aos meus amigos de infância, que sempre estiveram comigo e tenho a certeza que sempre estarão, me motivando por saber que se orgulhavam de mim a cada passo que eu dava.

Agradeço ao **Professor Dr<sup>a</sup>. Thiago Amadei Pegoraro, Prof. Dr. Guilherme Ferreira da Silva e Prof. Dr. Joel Santiago Ferreira Júnior** por aceitarem o convite para avaliarem este trabalho e que além de grandes exemplos profissionais, onde me espelhei para lapidar minha conduta, se tornaram grandes amigos que levarei comigo.

Essa vitória é imensa e inesquecível em minha vida, por isso sempre me lembrarei de todos vocês.

## RESUMO

A amelogênese imperfeita é uma anomalia estrutural que acontece no esmalte sendo de natureza ectodérmica e hereditária, e que pode ocorrer tanto nas dentições decíduas quanto nas dentições permanentes. A cor dos dentes pode variar de dente para dente e de paciente para paciente, do branco-opaco para o amarelo e marrom. Os cuidados com a saúde bucal diminuem em consequência da insatisfação com a aparência e baixa autoestima além de possível sensibilidade dentária. Assim, a reabilitação pode não só melhorar estética e função, como também estimular o autocuidado bucal. Historicamente, pacientes com amelogênese imperfeita eram tratados com exodontias múltiplas e/ou overdentures, o que era psicologicamente e esteticamente severo quando aqueles eram adolescentes. O desenvolvimento de materiais cerâmicos e sistemas adesivos dentários, permitiu a realização de tratamentos reabilitadores altamente estéticos, com a indicação de coroas protéticas totalmente confeccionadas em cerâmicas, devolvendo função mastigatória adequada e melhorando o aspecto estético. O objetivo deste trabalho é, através de um relato de caso, mostrar a sequência de tratamento reabilitador em paciente jovem, portador de amelogênese Imperfeita. O resultado final foi o restabelecimento da função mastigatória e estética, mas principalmente o aspecto psicológico já que houve um real ganho na autoestima da paciente.

**Palavras-chave:** Reabilitação Oral; Amelogênese Imperfeita; Estética Bucal.

## **ABSTRACT**

The amelogenesis imperfecta is a structural abnormality that happens in the enamel being of Ectodermal and hereditary nature, and can occur in both deciduous and permanent dentitions. The color of the teeth can range from tooth to tooth and from patient to patient, from yellow to brown. The oral health care decrease as a result of dissatisfaction with the appearance and low self-esteem as well as possible tooth sensitivity. Thus, rehabilitation can not only improve aesthetics and function, as well as stimulate oral self-care. Historically, patients with amelogenesis imperfecta were treated with multiple tooth extractions and/or overdentures, which was psychologically and esthetically severe when those were teenagers. The development of ceramic materials and dental adhesive systems, allowed the realization of highly aesthetic rehabilitations, returning masticatory function and improving the aesthetic aspect. The aim of this work through a case report, was show the sequence of rehabilitation treatment in young patient, with amelogenesis imperfecta. The end result was the restoration of masticatory function and aesthetics, but primarily the psychological aspect since there was a real gain in self-esteem.

**Keywords:** Oral rehabilitation; amelogenesis imperfecta; oral esthetics

## SUMÁRIO

|   |                            |    |
|---|----------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO .....           | 9  |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 11 |
| 3 | OBJETIVO.....              | 14 |
| 4 | CASO CLÍNICO.....          | 15 |
| 5 | DISCUSSÃO DE CASO .....    | 26 |
| 6 | CONCLUSÃO.....             | 28 |
|   | REFERÊNCIAS .....          | 29 |

## 1 INTRODUÇÃO

A amelogênese imperfeita é uma anomalia estrutural que acontece no esmalte sendo de natureza ectodérmica e hereditária, e que pode ocorrer tanto nas dentições decíduas quanto nas dentições permanentes. É uma doença geneticamente heterogênea, podendo ser autossômica dominante, recessiva ou ligada ao cromossomo X (BACKMAN & HOLMGREN, 1988).

Defeitos de formação de esmalte podem ocorrer sob dois principais tipos: hipoplásico e hipomineralizado. A forma hipoplásica é caracterizada por uma pequena espessura de esmalte associado a falhas de superfície devido ao defeito de formação da matriz do esmalte, enquanto que a forma hipomineralizada apresenta esmalte mineralizado insuficientemente, de menor consistência que o normal e se torna facilmente abrasionado (WITKOP, 1989). A cor dos dentes pode variar de dente para dente e de paciente para paciente, do branco-opaco para o amarelo a marrom. Radiograficamente, o esmalte aparece com volume reduzido, muitas vezes, mostrando uma camada fina sobre as superfícies oclusais e interproximais (ARAÚJO & ARAÚJO, 1984).

Historicamente, pacientes com amelogênese imperfeita eram tratados com exodontias múltiplas e/ou overdentures, o que é psicologicamente severo quando aqueles são adolescentes (RENNER, 1983; GREENFIELD et al., 1992). Com a evolução dos materiais reabilitadores, passou-se a indicar próteses fixas com coroas totais metalocerâmicas no tratamento de pacientes com este tipo de anomalia.

Atualmente, o desenvolvimento dos materiais cerâmicos e dos sistemas adesivos dentários, nos permitiu a realização de tratamentos reabilitadores altamente estéticos, com a indicação de coroas protéticas totalmente confeccionadas em cerâmicas, devolvendo função mastigatória adequada e melhorando o aspecto estético. Adicionalmente, a indicação de facetas laminadas possibilitam um menor desgaste da estrutura dental e podem ser indicadas a pacientes jovens com câmara pulpar ampla, além de possuir boas características de cor, textura e resistência, sendo similar ao esmalte dentário por suas propriedades mecânicas, ópticas e de estabilidade. Vale ressaltar, que a higiene bucal dos pacientes portadores de amelogênese imperfeita é muita vezes precária. Os cuidados com a saúde bucal diminuí em consequência da insatisfação com a



aparência e, principalmente, da sensibilidade dentária. Assim, a reabilitação pode não só melhorar estética e função, como também estimular o auto-cuidado bucal. Nesse caso, instruções de higiene oral devem fazer parte dos objetivos do tratamento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A Amelogênese Imperfeita compreende um amplo grupo de anomalias genéticas que afetam a formação do esmalte pela diferenciação imprópria dos ameloblastos, GOKCE K et al. (2007), podendo ocorrer em ambas as dentições, decídua e permanente. MACDOUGALL M et al. (2000).

A prevalência da amelogênese imperfeita, considerando-se todos as formas, varia de 1:700 a 1:14.000, de acordo com a população estudada BACKMAN B et al. (1988). 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 CRAWFORD PJM et al. (2007), sendo fundamental que o profissional esteja preparado para lidar adequadamente com a situação.

Segundo BERALDO et al. (2015) em sua maioria, as dentições em pacientes com amelogênese imperfeita apresentam alterações de cor (amarelo acastanhado) e superfície rugosa em toda arcada dentária, além de mordida aberta anterior. No exame complementar de radiografia panorâmica, podem ser notadas coroas mais quadrangulares nos incisivos e cúspides de molares e pré-molares baixas, não tão definidas, além de imagem radiolúcida na porção coronária de todos os dentes permanentes, incluindo os que estão em formação, compatível com amelogênese imperfeita, nesse caso do tipo hipocalcificada. As alterações durante a amelogênese causam distúrbios no desenvolvimento do esmalte dentário, denotando qualidade e quantidade deficiente. No exame clínico, podemos ter uma estética desfavorável (alteração de cor e superfícies rugosas dos dentes) e uma alteração funcional (mordida aberta, alteração da dimensão vertical, etc.), além da possibilidade de sensibilidade exacerbada BOUVIER D et al. (1999). A atrofia na região de molares pode resultar na perda da dimensão vertical de oclusão. Nesses casos, faz-se necessária a realização de aumento de coroa clínica e/ou aumento da dimensão vertical. Siadat et al. (2007) realizaram o aumento de coroa nos dentes superiores e inferiores de um paciente com amelogênese imperfeita cujo encerramento diagnóstico evidenciou espaço inter-oclusal insuficiente para colocação de próteses fixas. Em outro caso apresentado pela literatura, o desgaste dos molares resultou na perda da dimensão vertical, sendo realizado pelo autor confecção de restaurações

provisórias em uma nova dimensão vertical estabelecida, as quais foram usadas por três meses, sem qualquer complicação SHOLAPURKAR AA et al. (2008). O mesmo procedimento foi realizado por ROBINSON et al. (2006), porém preconizando-se um tempo maior de uso das restaurações provisórias na nova dimensão, cerca de seis meses.

A higiene bucal frequentemente apresenta-se insatisfatória, como consequência da sensibilidade e também da maior suscetibilidade ao manchamento por café, cigarro e alimentos. SEGUN A et al. (2002).

O diagnóstico precoce da Amelogênese Imperfeita é de grande importância para um tratamento mais conservador e com foco na prevenção dos efeitos dessa patologia. Avaliando aspectos clínicos, AZEVEDO et al. (2013) buscou alternativas de tratamento da amelogênese imperfeita, com o objetivo de proporcionar ao cirurgião-dentista recursos para o diagnóstico e escolha de tratamento mais favorável, considerando a particularidade de cada caso. Apesar de a amelogênese imperfeita ser uma doença não muito comum, onde a formação do esmalte é comprometida, o profissional deve estar capacitado para lidar com a situação e oferecer o suporte, tanto clínico quanto emocional, necessário para esses pacientes. Em tempos atrás, pacientes com essa condição eram tratados com exodontias seguido de confecções de próteses totais. Esta opção pode ser psicologicamente danosa, especialmente para pacientes jovens GOKCE K et al. (2007).

O avanço da odontologia, possibilitou aos portadores de amelogênese imperfeita, alternativas reabilitadoras que, além de suprir o aspecto estético e funcional, favorecem a mudança positiva do comportamento e autoestima desses pacientes.

Certas condições devem ser levadas em consideração durante a elaboração de um plano de tratamento, que vão além da escolha da técnica a ser realizada, como por exemplo, os desejos e expectativas do paciente, 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 et al. (2005).

Em virtude dos expressivos avanços na área da Odontologia estética, é possível, atualmente, restaurar estética e função a níveis aceitáveis. Atualmente, os

materiais cerâmicos e os sistemas adesivos dentários, nos permitiu a realização de tratamentos reabilitadores altamente estéticos, com a indicação de coroas protéticas totalmente confeccionadas em cerâmicas, devolvendo função mastigatória adequada e melhorando o aspecto estético.

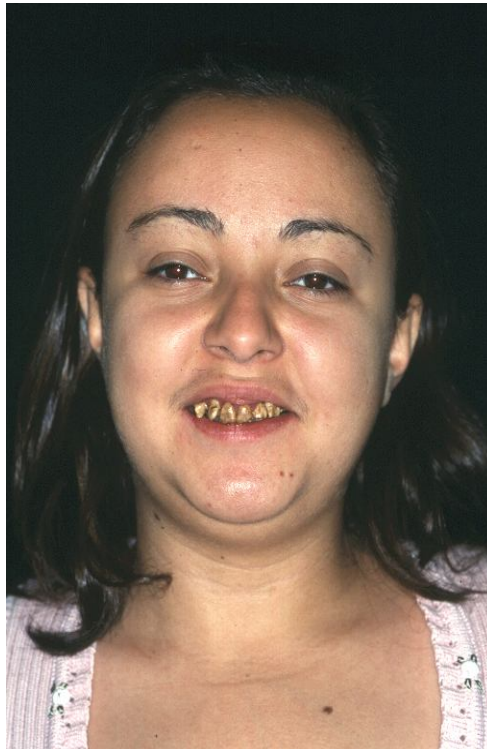
### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é, através de um relato de caso, mostrar a sequência de tratamento reabilitador em paciente jovem, portador de Amelogênese Imperfeita.

#### **4 CASO CLÍNICO**

Paciente T. A. P., gênero feminino, procurou atendimento na clínica de pós - graduação da Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, S. P. Como queixa principal, a paciente relatava problemas estéticos severos e baixa autoestima (FIGURAS 1, 2, 3,4 e 5).

**FIGURA 1: CONDIÇÃO INICIAL DA PACIENTE (ASPECTO EXTRA ORAL)**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 2: CONDIÇÃO INICIAL DA PACIENTE (ASPECTO EXTRA ORAL)**



FONTE: PRÓPRIO AUTOR

**FIGURA 3: CONDIÇÃO INICIAL DA PACIENTE (ASPECTO INTRA ORAL).**



FONTE: PRÓPRIO AUTOR

**FIGURA 4: CONDIÇÃO INICIAL DA PACIENTE, VISTA OCLUSAL SUPERIOR.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 5: CONDIÇÃO INICIAL DA PACIENTE, VISTA OCLUSAL INFERIOR.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

Após análises extra e intra orais, procedeu-se a sequência de diagnóstico com a indicação de exames complementares, entre eles exames radiográficos periapicais da boca toda, bem como modelos de estudo devidamente montados em articulador semi-ajustável em posição oclusal de relação cêntrica, para planejamento protético e enceramento (FIGURAS 6, 7, 8 e 9).



**FIGURA 6: EXAME COMPLEMENTAR RADIOGRÁFICO, DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE PRESENÇA DE BOLSAS PERIODONTAIS.**



FONTE: PRÓPRIO AUTOR

**FIGURA 7: MODELOS DE ESTUDO DA PACIENTE.**



FONTE: PRÓPRIO AUTOR

**FIGURA 8: MODELOS DE ESTUDO DA PACIENTE.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 9: REGISTRO OCLUSAL EM RELAÇÃO CÊNTRICA, COM AUXÍLIO DE JIG PARA NOVO POSICIONAMENTO OCLUSAL.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

Após planejamento reverso, procede-se com cirurgias periodontais de remoção de bolsa periodontal e aumento de coroa clínica para melhorar o aspecto biomecânico e estético das novas próteses (FIGURAS 10 e 11).

**FIGURA 10: CIRURGIA PERIODONTAL PARA CORREÇÃO DE BOLSA PERIODONTAL E AUMENTO DE COROA CLÍNICA.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

Após os procedimentos periodontais, foram realizados os preparos protéticos e confecção de coroas provisórias respeitando o planejamento oclusal inicial em relação cêntrica, através do enceramento de diagnóstico.

**FIGURA 12: COROAS PROVISÓRIAS CONFECCIONADAS APÓS A CICATRIZAÇÃO DA CIRURGIA PERIODONTAL.**



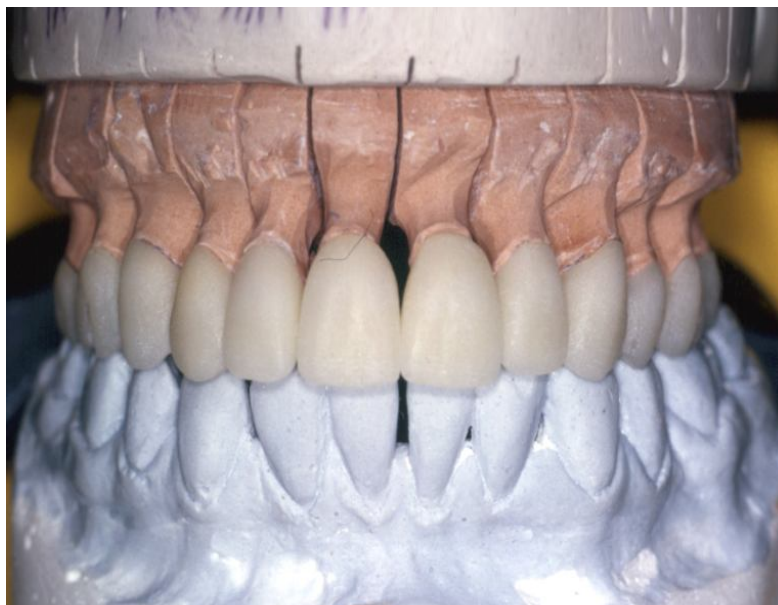
**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

Após os reparos dos dentes pilares, foram confeccionados casquetes de moldagem e moldeira individual, e o procedimento de moldagem de trabalho foi realizado com poliéter (FIGURA 13).

**FIGURA 13: MOLDAGEM DE TRABALHO COM CASQUETE E POLIÉTER.**

**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

O molde foi encaminhado para o técnico em prótese dental, que obteve o modelo de trabalho e realizou a confecção das coroas definitivas com próteses totais fixas, livres de metal (dissilicato de lítio) (FIGURA 14).

**FIGURA 14: MODELO DE TRABALHO COM AS CERÂMICAS APLICADAS.**

**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

Após os ajustes funcionais (pontos de contato, contatos oclusais e movimentos laterais e protrusivos) e estéticos, procedeu com a cimentação definitiva das peças protéticas, com o uso de cimento resinoso convencional de polimerização dual. O resultado após a cimentação foi adequado, como pode ser avaliado a seguir (FIGURAS 15, 16, 17, 18 e 19). É possível notar o restabelecimento estético e funcional, e consequentemente uma mudança imediata da autoestima da paciente.

**FIGURA 15: ASPECTO INTRA ORAL DA PACIENTE COM AS CERÂMICAS INSTALADAS.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 16: ASPECTO OCLUSAL SUPERIOR DA PACIENTE COM AS CERÂMICAS INSTALADAS.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 17: ASPECTO OCLUSAL INFERIOR DA PACIENTE COM AS CERÂMICAS INSTALADAS.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 18: ASPECTO EXTRA ORAL DA PACIENTE COM AS CERÂMICAS INSTALADAS.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**

**FIGURA 19: ASPECTO EXTRA ORAL DA PACIENTE APÓS O RESULTADO FINAL DO CASO.**



**FONTE: PRÓPRIO AUTOR**



## 5 DISCUSSÃO

A amelogênese imperfeita é considerada um grupo heterogêneo de condições clínicas e genéticas, que afetam o esmalte dentário, ocasionalmente em associação a alterações em outros tecidos dentais, orais e extra-orais. CRAWFORD PJM et al. (2007).

No exame clínico, podemos ter uma estética desfavorável (alteração de cor e superfícies rugosas dos dentes) e uma alteração funcional (mordida aberta, alteração da dimensão vertical, etc.), além da possibilidade de sensibilidade exacerbada BOUVIER D et al. (1999). 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 et al. (2002).

Todos os aspectos mencionados acima, se tornaram presentes na paciente relatada neste trabalho de conclusão de curso. Certas condições devem ser levadas em consideração durante a elaboração de um plano de tratamento, que vão além da escolha da técnica a ser realizada, como por exemplo, os desejos e expectativas do paciente, 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 et al. (2005).

Aliado a isso, o avanço da odontologia, possibilitou aos portadores de amelogênese imperfeita, alternativas reabilitadoras que, além de suprir o aspecto estético e funcional, favorecem a mudança positiva do comportamento e autoestima desses pacientes. No presente caso, tal avanço foi essencial para a recuperação da autoestima, da estética e da função mastigatória, já que foram planejadas e confeccionadas cerâmicas de última geração com propriedades mecânicas e ópticas excelentes em todos elementos dentários.

Dessa forma, a realização do diagnóstico e o estabelecimento de um plano de tratamento adequado às necessidades do paciente são as maiores dificuldades no atendimento de pacientes com amelogênese imperfeita. A partir da literatura revisada, observa-se que, dado o avanço no campo da Odontologia Restauradora, atualmente é possível restabelecer estética e função a níveis aceitáveis e, desta maneira, intervir positivamente na autoestima e no comportamento dos pacientes.

Independente da técnica ou material escolhido é importante que o plano de tratamento abranja todas as seguintes fases: preventiva (incluindo instrução de higiene bucal e aplicação tópica de flúor), restauradora e fase de manutenção SHOLAPURKAR AA et al. (2008). Adicionalmente, os profissionais também devem estar atentos da importância das avaliações de retorno para monitorar a higiene e a condição periodontal e pulpar, como parte do tratamento.

## **6 CONCLUSÃO**

O resultado final apresentado neste relato de caso, foi o restabelecimento da função mastigatória e estética, mas principalmente o aspecto psicológico já que houve um real ganho na autoestima da paciente.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. et al. Amelogênese imperfeita: aspectos clínicos e tratamento. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online), Porto Alegre , v. 61, supl. 1, dez. 2013 . Disponível em <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-86372013000500010&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372013000500010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 set. 2018.

BACKMAN, B.; HOLMGREN, G.; Amelogenesis imperfecta: a genetic study. Hum Hered. 1988;38:189-206.

BERALDO, C. et al . Amelogênese imperfeita: relato de caso clínico. RFO UPF, Passo Fundo , v. 20, n. 1, abr. 2015 . Disponível em <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-40122015000100018&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122015000100018&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 nov. 2018.

BOUVIER, D.; DUPREZ, J-P.; PIREL, C.; VINCENT B. Amelogenesis imperfecta-a prosthetic rehabilitation: a clinical report. J Prosth Dent. 1999;82(2):130-1.

COFFIELD, KD.; PHILLIPS, C.; BRADY, M.; ROBERTS, MW; STRAUSS, RP.; WRIGHT, JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. J Am Dent Assoc. 2005;136:620-30.

CRAWFORD, PJM.; ALDRED, M.; BLOCH-ZUPAN, A. Amelogenesis imperfecta. Orphanet J Rare Dis. 2007;2:17 doi:10.1186/1750- 1172-2-17.

LAFAYETTE, N. *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética*, Curitiba, v.1, n.4, p.275-279, 2002.

MACDDOUGALL, M.; SIMMONS, D.; GU, TT.; FORSMAN-SEMB, K.; MARDH, CK.; MESEBAH, M. et al. Cloning, characterization and immunolocalization of human ameloblastin (Ambn). Eur J Oral Sci. 2000;108(4):303-10.

RAPOSO, L. *Restaurações totalmente cerâmicas: características, aplicações clínicas e logevidade*. Pro-odonto prótese e dentística. 2012. 74f. (Apostila).

ROBINSON, FG.; HAUBENREICH, JE. Oral rehabilitation of a young adult with hypoplasticamelogenesisimperfecta: a clinical report. J Prosthet Dent. 2006;95:10-3.

SEGUN, A.; OZER, F. Restoring function and esthetics in a patient with amelogenesisimperfecta: a case report. Quintessence Int. 2002;33(3):199-204.

SEOW, WK. Clinical diagnosis and management strategies of amelogenesisimperfecta variants. Pediatr Dent. 1993;15:384- 93.

SIADAT, H.; ALIKHASI, M.; MIRFAZAELIAN, A. Rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta using all ceramic crowns: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2007;98(2):85-8.

SHOLAPURKAR, AA.; JOSEPH, RM.; VARGHESE, JM.; NEELAGIRI, K.; ACHARYA, SRR.; HEGDE, V. et al. Clinical diagnosis and oral rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(4):92-8.

YIP, HK.; SMALES, RJ. Oral rehabilitation of young adults with amelogenesis imperfecta. *Int J Prosthodont.* 2003;16(4):345-9.