

UNIVERSIDADE TIRADENTES

DANIELLA DOS ANJOS RODRIGUES

KETHLYN ALMEIDA DE OLIVEIRA

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COM  
REANATOMIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO

ARACAJU

2019

DANIELLA DOS ANJOS RODRIGUES  
KETHLYN ALMEIDA DE OLIVEIRA

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COM  
REANATOMIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Msc. EDVALDO  
DÓRIA DOS ANJOS

ARACAJU

2019

DANIELLA DOS ANJOS RODRIGUES  
KETHLYN ALMEIDA DE OLIVEIRA

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COM  
REANATOMIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

*Prof. Orientador:* \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Edvaldo Dória dos Anjos, orientador das discentes Daniella dos Anjos Rodrigues e Kethlyn Almeida de Oliveira, atesto que o trabalho intitulado: “TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COM REANATOMIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

**Edvaldo Dória dos Anjos**

*“É preciso força para sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”.*

*Los Hermanos*

# TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COM REANATOMIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Daniella dos Anjos Rodrigues<sup>(a)</sup>, Kethlyn Almeida de Oliveira<sup>(b)</sup>,  
Edvaldo Dória dos Anjos<sup>(c)</sup>

*(a) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; (b) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes (c) Msc. Professor Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

## RESUMO

O transplante dentário autógeno é um tratamento proposto para reabilitar dentes perdidos. Este mostra-se como uma alternativa biocompatível e de menor custo para o paciente e se trata de um procedimento cirúrgico em que é feita a substituição de um dente afetado por um germe ou dente hígido autógeno para um alvéolo já existente ou preparado cirurgicamente. Este artigo relata um caso clínico de reabilitação oral por meio da técnica de transplante dental autógeno em paciente jovem, que foi submetido ao transplante da unidade 45 para o alvéolo da unidade 11, condenada por trauma. Após o processo cicatricial do autotransplante, a unidade dentária foi reanatomizada devolvendo estética e função ao paciente. Portanto, o autotransplante dentário é considerada uma técnica cirúrgica relativamente simples, eficaz, e segura, mas que também pode estar associada a complicações, como reabsorção radicular e anquilose.

## PALAVRAS- CHAVE

Transplante, Cirurgia, Reabilitação bucal.

# **AUTOGENOUS DENTAL TRANSPLANTATION WITH REANATOMIZATION: CLINICAL CASE REPORT**

## **ABSTRACT**

Autogenous dental transplantation is a proposed treatment to rehabilitate missing teeth. This proves to be a less cost-effective biocompatible alternative for the patient and is a surgical procedure in which an affected tooth is replaced by an autogenous germ or healthy tooth to an existing or surgically prepared socket. This article reports a case report of oral rehabilitation using the autogenous dental transplantation technique in a young patient, who underwent transplantation from unit 45 to the alveolus of unit 11, condemned by trauma. After the healing process of the autograft, the dental unit was reanatomized, returning aesthetics and function to the patient. Therefore, dental autotransplantation is considered a relatively simple, effective, and safe surgical technique, but it may also be associated with complications such as root resorption and ankylosis.

## **KEYWORDS**

Transplantation, Surgery, Oral Rehabilitation.

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico da Odontologia vem estimulando grandes avanços na promoção de saúde bucal e na prevenção de enfermidades. Porém, a cárie dentária e a doença periodontal, ainda são as maiores responsáveis pelas perdas dentárias na população, bem como a ocorrência de traumatismos dentários, sendo desse modo, frequente encontrar muitos indivíduos com comprometimento estético-funcional que provocam interferências no desenvolvimento biopsicossocial necessitando de tratamento reabilitador oral (ZIEGLER E NEUKAN, 2012; GOMES et al., 2013; SANTOS et al., 2013; SILVA, 2015; ACASIGUA, 2017; DUARTE et al., 2017).

A reabilitação oral vem sendo praticada através de próteses removíveis ou fixas e implantes osseointegrados. Mas, o alto custo, o incômodo resultante do acomodamento da prótese e no ato mastigatório, desgastes de dentes hígidos ou a contraindicação em crianças e adolescentes em fase de crescimento ósseo são considerados desvantagens dessas técnicas (JODAS, et al., 2012; OLIVEIRA, 2012; SALES, 2014; SILVA, 2015; SILVA, 2016; DUARTE et al., 2017; RESENDE et al., 2017; AQUINO et al., 2019).

No entanto, o transplante dentário autógeno é uma opção de tratamento biocompatível e financeiramente acessível (MIKAMI et al., 2014; NAGORI et al., 2014). Nesse procedimento cirúrgico o elemento a ser transplantado é removido do seu local original e implantado em outro alvéolo natural ou preparado cirurgicamente (NORTHWAY et al. (1980); BARBIERI et al., 2008; CARVALHO et al., 2013; FONSECA, 2013; PEIXOTO et al., 2013; SANTOS et al., 2013; SALES, 2014; SILVA, 2015; SILVA, 2016; RESENDE et al., 2017; AQUINO et al., 2019).

A classificação dada aos transplantes dentais se dá de acordo com a relação doador-receptor, em que nesse caso podem ser: autógeno (proveniente do mesmo indivíduo); homogêneo (proveniente de indivíduos da mesma espécie); ou heterogêneo (quando o elemento dental é proveniente de outras espécies) (MARZOLA, 1997; GIANCRISTÓFARO et al., 2009; GOMES et al., 2013; SANTOS et al., 2013; SILVA, 2015). Para a execução clínica o transplante dental do tipo autógeno é o de maior



interesse, os demais apresentam-se apenas como caráter científico, usados para a avaliação da resposta tecidual e atividade farmacológica de drogas imunossupressoras (HOFFELDER, 2001; GOMES et al., 2013). Já, quanto ao grau de desenvolvimento radicular os transplantes podem ser: em folículo dental (rizogênese incompleta) ou dente totalmente formado (rizogênese completa) (SILVA, 2015).

As técnicas cirúrgicas para a realização do transplante dentário autógeno são: a imediata, quando a cirurgia é realizada em uma única sessão e a mediata realizada em duas sessões com intervalo próximo de 15 dias (MARZOLA, 1997; BARBIERI et al. 2008; SANTOS et al., 2013; SALES, 2014; SILVA, 2015; SILVA 2016;).

Na fase pré-operatória o cirurgião deve se atentar a algumas particularidades importantes principalmente na avaliação por imagem das unidades dentárias envolvidas. Para isso, o profissional deverá solicitar radiografias panorâmicas, periapicais e oclusais, ou mesmo, tomografias computadorizadas do tipo cone-beam (MARZOLA, 1997; BARBIERI et al., 2008; PEIXOTO et al. 2013; BRUNO, 2016; RESENDE et al., 2017;).

Com o propósito de estabilizar o dente em seu novo local e contribuir para o reparo tecidual pulpar e periodontal, e ainda, facilitar condições favoráveis de reparação do ligamento periodontal do elemento transplantado uma contenção deve ser implementada (MARZOLA, 1997; PEIXOTO et al., 2013; MIKAMI et al., 2014; SALES, 2014; NAGORI et al., 2014; SILVA, 2016; RESENDE et al., 2017).

De acordo com Bruno (2016) e Silva (2015), os cuidados pós operatórios incluem: o consumo de dieta pastosa e leve por pelo menos dois dias, procurar não mastigar no local do transplante e manter uma boa higiene oral. O profissional deve orientar o paciente na realização de bochechos com solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, além de prescrever medicação analgésica, anti-inflamatória e antibiótica.

O sucesso do procedimento depende de uma série de fatores, tais como técnica cirúrgica adequada, mínimo trauma na região, grau de desenvolvimento radicular do dente selecionado, ausência de carga mastigatória precoce e um acompanhamento

clínico e radiográfico (BARBIERI et al., 2008; BRUNO, 2016; CARVALHO, et al. 2013). Martins et al. (2005), Barbieri et al. (2008), Santos et al. (2013) e Silva (2015) ainda afirmam que uma boa higiene bucal também está relacionada com o sucesso do autotransplante.

Após o processo cicatricial do dente no novo alvéolo, em alguns casos se faz necessária a realização de restaurações estéticas com a finalidade de alterar a anatomia original do dente transplantado, assegurando a sua funcionalidade. Para isso, as resinas compostas podem ser usadas como materiais restauradores na técnica de restauração direta, sendo este um material amplamente utilizado na Odontologia, e apresenta como benefício inicial a obtenção do efeito estético preservando ao máximo a estrutura dental sadia (AGUIAR et al., 2000; FONSECA, 2013; ARAÚJO et al., 2019).

Diante da importância de se manter os elementos dentais na cavidade bucal, por estética e/ou função, o presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de transplante dental autógeno em paciente de 11 anos de idade, salientando a técnica cirúrgica, com o intuito de evidenciar este procedimento como prático e viável de ser executado em âmbito clínico para solucionar problemas de reabilitação oral.

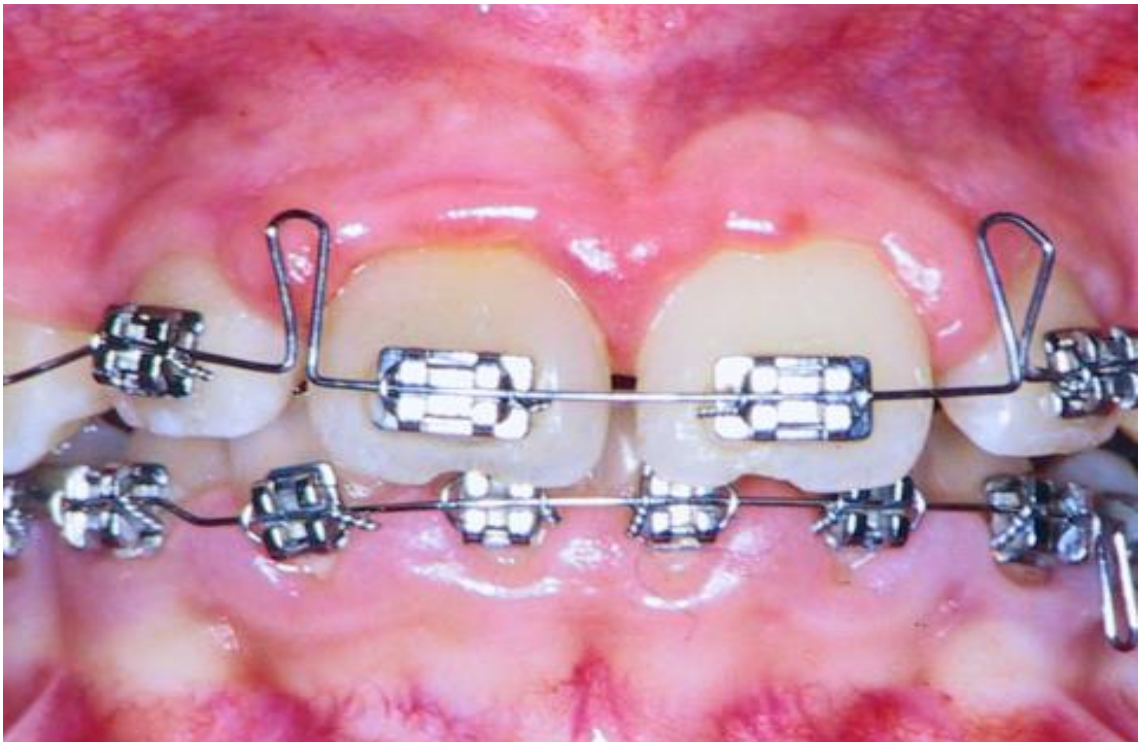
## **2 RELATO DE CASO**

Paciente L.V.F, com 11 anos de idade, gênero masculino, feoderma, em tratamento ortodôntico, foi encaminhado ao consultório odontológico para avaliação do elemento dental 11 que havia sofrido um trauma dental, além disso, o mesmo tinha indicação ortodôntica para exodontia das unidades 15, 25, 35 e 45. Ao exame clínico (Fig.1) a unidade apresentava-se aparentemente saudável, mas ao exame radiográfico (Fig.2) foi observado reabsorção radicular interna e externa e lesão periapical, evidenciada pela área radiolúcida no ápice da unidade 11, contraindicando a sua permanência na cavidade oral. Com isso, a responsável pelo paciente foi esclarecida das possibilidades de tratamento, bem como os riscos, benefícios, prognóstico e pós-operatório. Após diagnóstico clínico e radiológico optou-se, mediante a anuência da responsável, por realizar a técnica do transplante autógeno em fase única do dente 45 para o alvéolo da unidade 11 como forma de tratamento. Sob anestesia local,

realizaram-se uma incisão sulcular e descolamento mucoperiosteal. Na sequência, foi realizada a luxação e remoção do incisivo central superior direito, o qual foi extraído com periótomo e logo após apresentar boa mobilidade o fórceps foi aplicado para sua completa avulsão (Fig. 3). Em seguida foi necessária a realização de curetagem no local, a fim de remover qualquer conteúdo indesejado. Então, a área receptora foi preparada (com broca esférica em baixa rotação sob irrigação com soro fisiológico) para melhor adaptação e posicionamento do dente a ser transplantado. Consequente, realizou-se a exodontia da unidade 45, com todo cuidado para não lesar o ligamento periodontal, sendo esta imediatamente transplantada para a região do incisivo central superior direito (Fig.4). Após limpeza da ferida cirúrgica, realizou-se sutura com fio de nylon 4-0 (Fig.5), para estabilizar o dente no alvéolo, deixando o mesmo em infra oclusão, para evitar possíveis traumas mecânicos. Após a realização do autotransplante, aguardou-se 10 dias para remoção da sutura. Após quatro meses, observou-se a erupção parcial do dente transplantado exibindo a revascularização pulpar, progredindo de forma saudável e sem sinais clínicos e/ou radiográficos de patologias (Fig. 6, 7 e 8). A preservação do caso após 6 meses (Fig. 9), através de exames clínico e radiográfico, revelou um comportamento satisfatório do desenvolvimento do elemento transplantado. Durante esse tempo nenhuma força ortodôntica foi emitida no elemento dentário. O procedimento de reanatomização deu início com a profilaxia da unidade tratada, utilizando uma combinação de pedra pomes e água destilada posta às superfícies do dente por meio de taça de borracha ajustada ao contra ângulo e micro motor. Em seguida foi realizada a escolha da cor tendo como referência a escala de cores Vita, optando-se pela cor A1 de esmalte e A2 de dentina. O isolamento absoluto do campo operatório (Fig. 10: B e C) foi feito e para isso foi realizada a anestesia nas papilas do elemento transplantado, com o intuito de posicionar o grampo de isolamento nº 212. Na sequência foi realizado um desgaste conservador na face vestibular da unidade utilizando a ponta diamantada série F, nº 1190 acoplada à alta rotação e com refrigeração. Consequente realizou-se o condicionamento ácido da superfície dentária a ser restaurada com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos (Fig. 10: D), na sequência foi feita a lavagem com jato de ar e água, durante 20 segundos e a secagem de toda a superfície. Então, foi realizada a aplicação do sistema adesivo convencional com o auxílio do microbrush por 30 segundos, e em seguida, foi aplicado um leve jato de ar durante 5 segundos, com o intuito de incentivar a volatilização do solvente presente no composto adesivo, a

fotoativação por 20 segundos foi realizada. A inserção dos incrementos da resina composta nanoparticulada iniciou com a de dentina, não ultrapassando a espessura de 0,2 mm, e seguiu-se com a de esmalte, usando como guia a sonda periodontal PCP 15 (Fig. 11: A, B e C). Essas porções de resina foram fotopolimerizadas uma a uma por 40 segundos até ser finalizada a restauração (Fig. 11: D). Procedeu-se a realização do acabamento para melhor definição anatômica da coroa e texturização da resina composta utilizando pontas diamantadas de tamanhos e formatos distintos e com granulação fina em alta rotação, além de discos abrasivos, em baixa rotação, que serviram para a regularização das superfícies dentárias. O isolamento absoluto foi removido e a avaliação da oclusão foi realizada com papel carbono fincado à pinça tipo Miller. Após 1 semana o procedimento restaurador foi finalizado (Fig. 12) com o acabamento mediato da restauração, com o auxílio de pontas diamantadas de granulação fina em alta rotação, e ainda realizado o polimento das mesmas com pontas diamantadas de granulação FF e também de pontas abrasivas e discos de feltro. O passo final do tratamento multidisciplinar se deu com a ortodontia (Fig.13 e 14).

### Figura 1- Exame clínico inicial



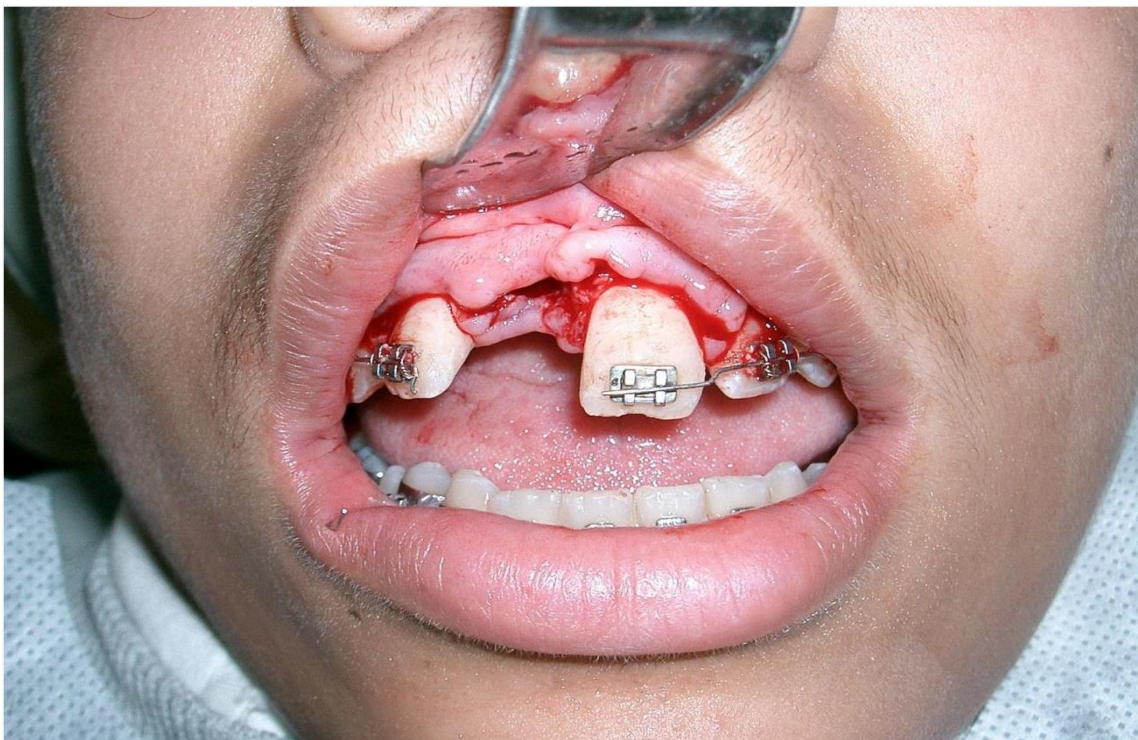
Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 2- Radiografia panorâmica inicial do caso em que observa-se no elemento dental 11 processo de reabsorção interna e externa.**



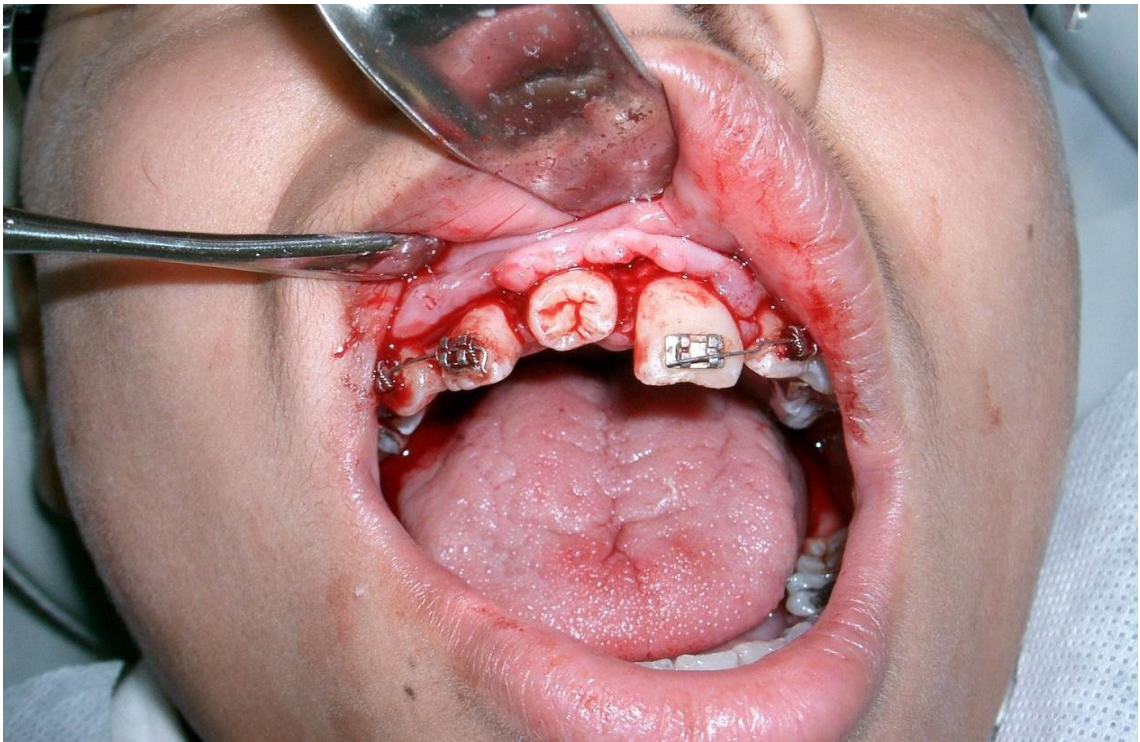
Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 3- Extração atraumática da unidade 11, com o uso de periótomo.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 4- Posicionamento do elemento doador no alvéolo receptor.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 5- Sutura de contenção com fio de nylon 4-0.**



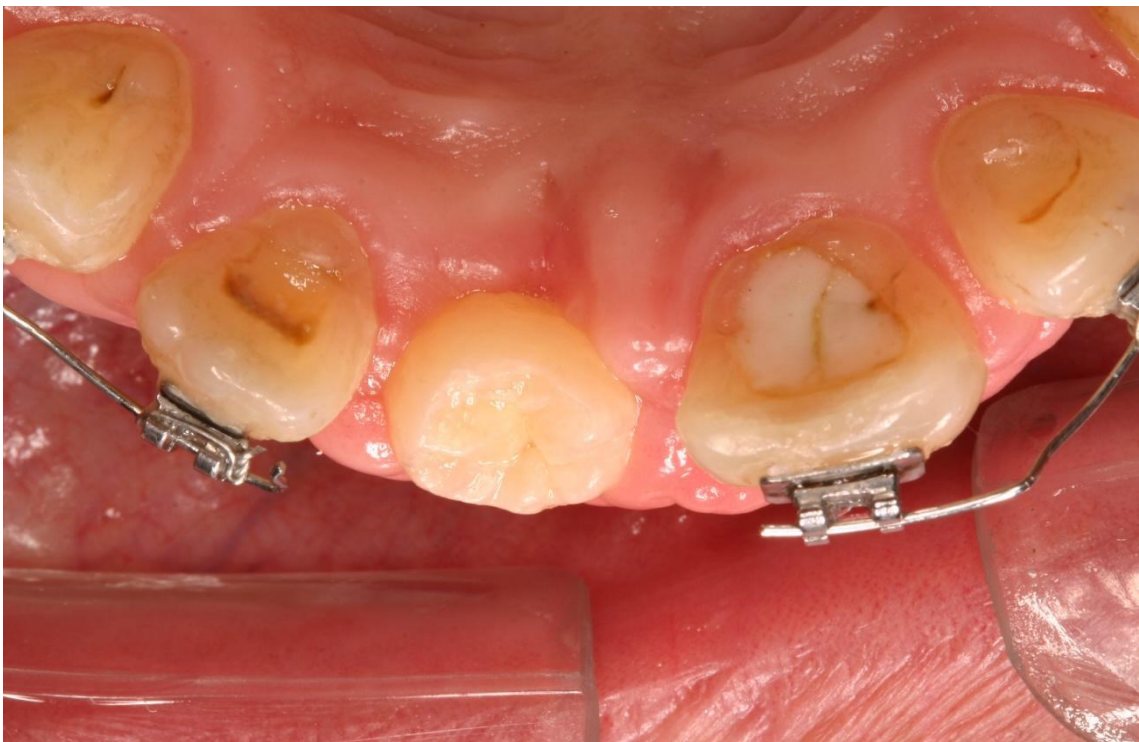
Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 6- Radiografia periapical de controle após 4 meses.**



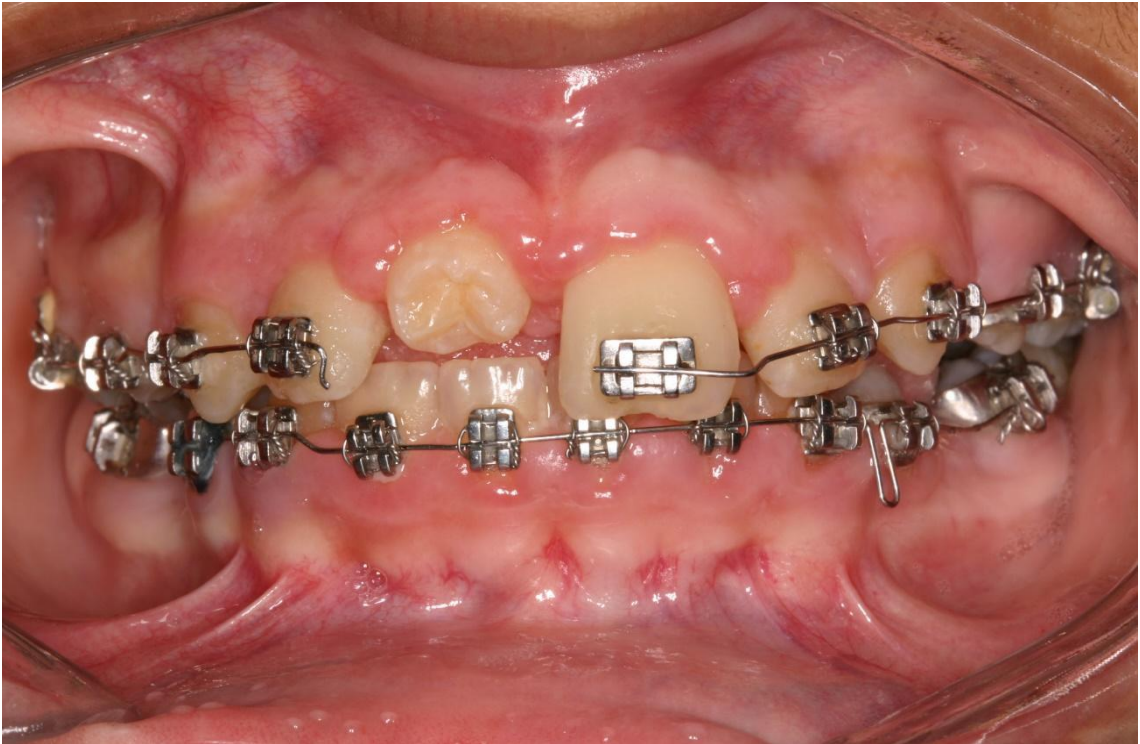
Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 7- Visão caudo-craniana mostrando o posicionamento vestibulo-palatino do elemento transplantado.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 8- Controle clínico mostrando saúde do periodonto bastante satisfatória.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

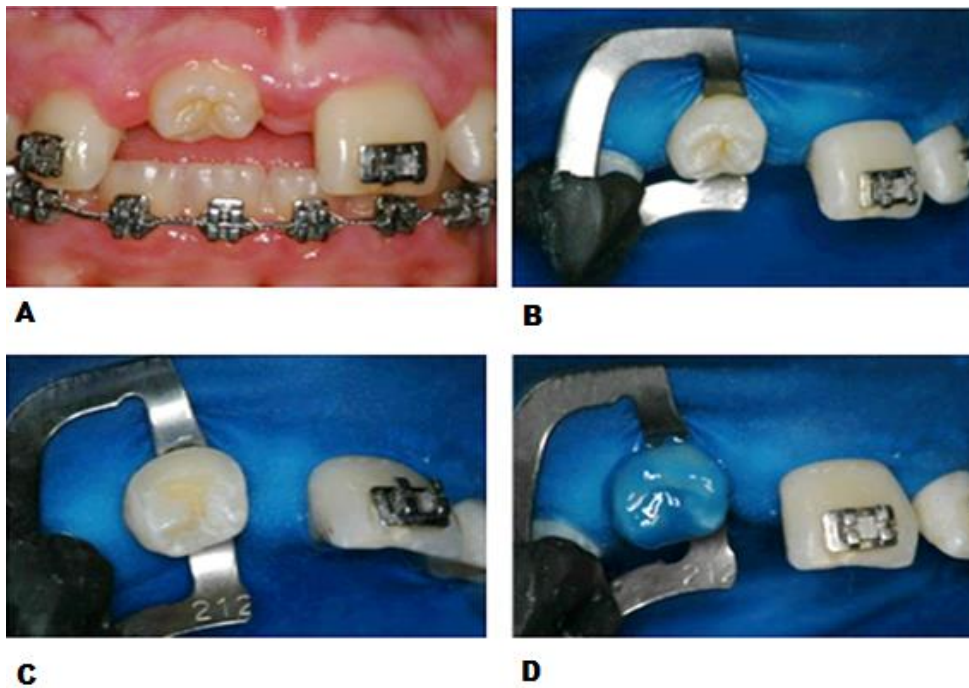
**Figura 9- Radiografia panorâmica após 6 meses.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

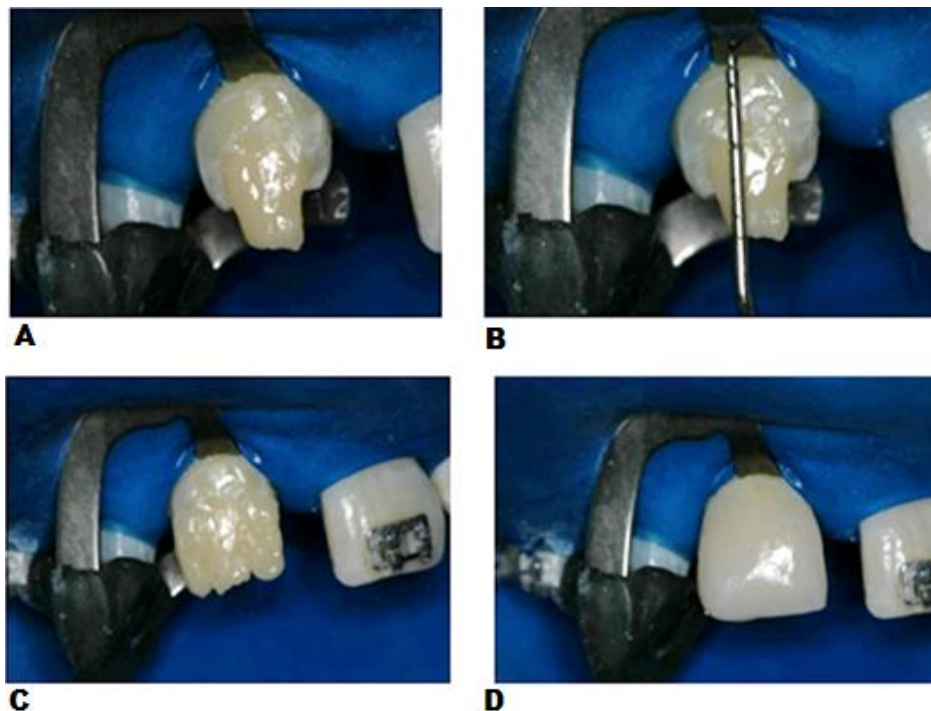


**Figura 10-** A) Aspecto inicial da unidade dentária. B) e C) Isolamento absoluto do dente a ser restaurado. D) Condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos na superfície dentária.



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 11-** A) Posicionamento do incremento inicial de resina composta de dentina. B) Uso da sonda milimetrada para conferir a altura do elemento dental. C) Pequenas quantidades de resina composta sendo acrescentadas ao substrato dentário. D) Reanatomização finalizada.



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 12- Unidade dentária com a reanatomização finalizada.**



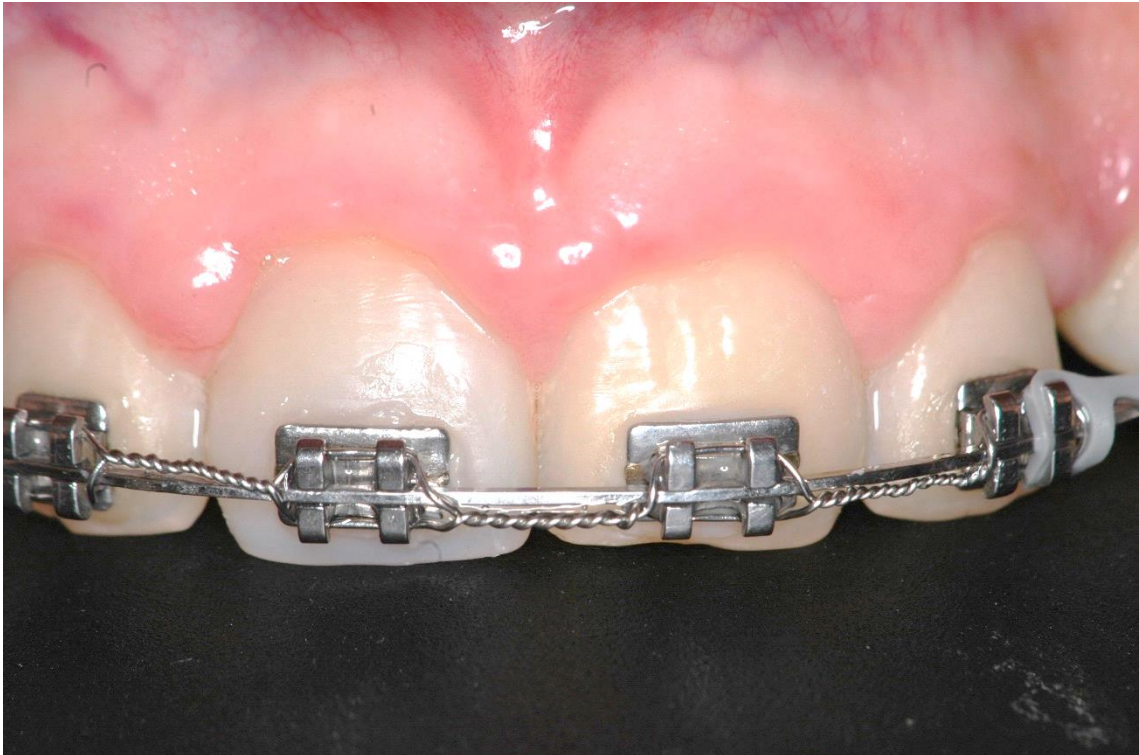
Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 13- Aspecto clínico final após reabilitação por meio da dentística, com uma distinção de coloração do elemento transplantado e um melhor posicionamento ortodôntico.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

**Figura 14- Aspecto gengival sadio e zênite gengival bem posicionado.**



Fonte: Arquivo pessoal Dr. Edvaldo Dória

### **3 DISCUSSÃO**

Atualmente na odontologia o transplante dental autógeno se apresenta como uma alternativa à reabilitação oral. Como afirma Sales (2014), esse procedimento vem deixando de ser uma técnica empírica e se tornando um procedimento baseado em evidências científicas. Corroborando com isso, Duarte et al., (2017) citam que estudos apontam altas taxas de sucesso para o autotransplante dentário, variando entre 82 a 94%.

Segundo Ziegler e Neukan (2012), Carvalho et al., (2013), Fonseca (2013) e Silva (2015) abordam que a perda dentária por trauma é uma das indicações para a realização do autotransplante dentário. No caso em questão, o transplante dental do tipo autógeno foi executado devido ao trauma sofrido na região anterior da maxila vindo a comprometer o elemento dental 11 e o fato da necessidade de indicação ortodôntica para extração dos pré-molares inferiores foram fatores contribuintes para a decisão desse planejamento clínico-cirúrgico.

Além disso, Sales (2014), Silva (2016) e Duarte et al., (2017) corroboram quando dizem que em pacientes jovens, em fase de crescimento ósseo, reabilitar espaços edêntulos é mais limitado tecnicamente, pois, nesses pacientes, implantes osseointegrados são contraindicados. Com isso a técnica de autotransplante dentário se torna uma alternativa de tratamento para esse grupo. No caso descrito, o transplante dental autógeno foi realizado em anuência com a idade do paciente, 11 anos de idade, no qual nessa situação, o implante osseointegrado ainda não seria uma opção viável, tendo em vista a falta de maturação óssea do mesmo.

Oliveira (2012) explana que, o autotransplante de pré-molares está indicado há a necessidade de substituir pré-molares e incisivos centrais perdidos. Na região de incisivos os pré- molares podem ser implantados devido às semelhanças anatômicas e dimensionais das raízes (o que não se aplica ao primeiro pré-molar superior que normalmente apresenta duas raízes) e à distância mesio-distal de ambos os dentes (o qual necessita da dentística ou da prótese fixa para ajuste da anatomia coronária). Com isso, o caso descrito valida as afirmações do autor citado já que a unidade 45 foi transferida para o alvéolo da unidade 11 e se enquadra dentro das condições favoráveis e conservadoras para recuperação estético-funcional do paciente.

Silva (2015), Silva (2016) e Aquino et al. (2019), concordam entre si quando afirmam que as contraindicações para a execução do procedimento de transplante dental autógeno envolve a má higiene bucal, doenças periodontais, pacientes descompensados sistemicamente, ausência de um dente doador adequado ou osso insuficiente no local receptor. Este relato está de acordo com os autores acima mencionados tendo em vista que nenhuma dessas condições foram encontradas no paciente. Porém, nesse caso, mesmo havendo uma discreta lesão periapical e os autores Northway et al. (1980) mencionarem que a existência de uma inflamação crônica no leito receptor pode interferir no sucesso do transplante dental, sinais de prejuízo ao tratamento não puderam ser verificados até então.

Peixoto et al., (2013), Silva (2015), Resende et al., (2017) e Duarte et al., (2017) explanam que o transplante dental autógeno pode ser realizado pela técnica convencional ou imediata e pela técnica mediata ou tardia. Para a realização do referido caso clínico, a técnica escolhida foi a imediata devido a rapidez da execução

clínica, a compatibilidade anatômica entre o alvéolo receptor e a raiz da unidade doadora, bem como a ausência de trauma no alvéolo após a exodontia do elemento condenado.

Duarte et al., (2017) e Resende et al. (2017) afirmam que há uma divergência na literatura em relação as técnicas cirúrgicas utilizadas. Assim, há os que defendem a técnica imediata, como a do caso abordado, pois apresenta como vantagens: a fácil preparação do alvéolo receptor, mínima manipulação do tecido ósseo, menor trauma cirúrgico, boa adaptação do elemento transplantado, além de conservar as células osteoprogenitoras que contribuem para a reparação alveolar. Já a técnica mediata tem como desvantagens: maior trauma aos tecidos e risco elevado de lesão térmica tecidual, que protela a revascularização local estendendo o período de reparação, culminando em um prognóstico ruim para essa técnica.

Marzola (1997), Giancristófaró et al. (2009), Gomes et al. (2013), Peixoto et al. (2013), Sales (2014), Nagori et al. (2014), Duarte et al. (2017) e Resende et al. (2017) entram em consonância em relação as técnicas para estabilização dos dentes transplantados como: a que usa fio de aço, chamada de fixação rígida ou com fio de nylon, conhecida como fixação semirrígida, sendo estas técnicas de fácil higienização bucal. Ainda segundo Marzola (1997), Ziegler e Neukan (2012); Nagori et al. (2014) e Silva (2015) as fixações com suturas também podem ser realizadas, como a que foi feita no caso abordado, pois o importante é a estabilização do elemento transplantado, sem presença de mobilidade, permitindo por meio dessa técnica, como expõem Hoffelder (2001) e Aquino et al. (2019) uma mobilidade fisiológica desse dente incentivando a revascularização e regeneração do periodonto e polpa, além de evitar a ocorrência de anquilose.

Como declaram Martins et al. (2005), Jodas et al. (2012), Mikami et al. (2014), Silva (2015), Acasigua (2017) e Duarte et al. (2017) durante a execução do transplante dental é extremamente importante que as estruturas envolvidas sejam minimamente traumatizadas. O profissional deve seguir alguns cuidados, dentre eles a presença de um ligamento periodontal intacto na superfície radicular, a realização de uma técnica cirúrgica de exodontia preservando a estrutura alveolar e um tempo de exposição extra alveolar o menor possível, pois esses são fatores muito importantes para

assegurar a cicatrização do periodonto sem que haja uma reabsorção radicular. No relato apresentado, os cuidados em relação à técnica para a remoção tanto do dente afetado, preservando o alvéolo, quanto do dente a ser transplantado foram executadas com excelência, bem como, o manejo destes durante o momento transoperatório.

Barbieri et al. (2008), Giancristófaró et al. (2009), Carvalho et al. (2013), Santos et al. (2013), Sales (2014), Duarte et al. (2017) e Resende et al. (2017), entram em consonância quando afirmam que dentes com rizogênese incompleta é um fato crucial para o êxito da técnica, pois influenciará o processo de revascularização pulpar, não sendo necessário a realização do tratamento endodôntico posteriormente. No caso relatado neste trabalho, a unidade transplantada ainda não estava completamente formada, permitindo a regeneração pulpar e excluindo a necessidade de um tratamento endodôntico para evitar reabsorção inflamatória da raiz.

Marzola (1997), Martins et al. (2005) e Sales (2014) ainda afirma que é importante que se deixe o dente transplantado em infra-oclusão nos primeiros dias para evitar traumas no alvéolo e até mesmo seu deslocamento evitando assim falhas no autotransplante. Esse fato foi realizado no caso descrito contribuindo ainda mais para a eficácia desse procedimento.

Bruno (2016) cita uma revisão sistemática realizada no ano de 2015 sobre o prognóstico de pacientes submetidos ao transplante dentário autógeno com acompanhamento de no mínimo 6 anos. Foram observados fatos como as taxas de sobrevida, percentual de mobilidade anormal, situação pulpar e porcentagem de absorção radicular. Os resultados obtidos foram de 75.3% a 91% de taxa de sobrevida e 4.2 a 18.2% que apresentaram a presença de anquilose dentária.

Assim, Resende et al. (2017) aborda que a execução da técnica de transplante dentário autógeno é considerada de grande sucesso quando, após um período considerável, obtêm-se resultados, como ausência de infecções e reabsorção radicular, desenvolvimento dentário e facial equilibrado e manutenção do espaço. O

que corrobora com o caso executado, visto que não ocorreu nenhuma dessas complicações.

Aguiar et al. (2000) e Fonseca (2013) abordam que o grande desafio quando a técnica cirúrgica for realizada em condições ideais é a obtenção da nova anatomia para exercer sua função e tratando-se da região anterior, para o restabelecimento da estética perdida. Nesse caso foi realizada a restauração direta com resina composta, realizando o preparo conservador uma vez que há redução da necessidade de desgastes, permitindo devolver aos dentes comprometidos esteticamente, a harmonia da forma e da função. De acordo com Aguiar et al. (2000) e Araújo et al. (2019) o avanço tecnológico na odontologia em relação à esse material permitiu a evolução de suas propriedades físicas, mecânicas e potencial de ligação à substratos por meio dos sistemas adesivos, além de, uma grande variabilidade de cor disponível.

#### **4 CONCLUSÃO**

O autotransplante dentário é mais uma opção para a odontologia reabilitadora e quando corretamente indicado tem altas taxas de sucesso, como ocorreu no caso relatado. Se torna uma opção viável quando os implantes osseointegrados, em pacientes jovens, devido à falta de maturidade óssea são contraindicados. A multidisciplinaridade, cirurgia- dentística, é fundamental para o sucesso da técnica já que influencia em uma maior aceitação por parte do paciente.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ACASIGUA, Gerson Arisoly Xavier. **Autotransplante dentário: uma revisão da literatura**. Porto Alegre, RS, 2017. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ortodontia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul
2. AGUIAR, Karen Crhistina Ferreira Morgan de; NASCIMENTO, Teima Nunes do; CORONA, Silmara Aparecida Milori; SVERZUT, Cássio Edvard; GOMES, Petrus Pereira. Transformação e caracterização de um pré transformado em incisivo central. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 48, n. 4, 2000.
3. AQUINO, Livia Emanuelle do Nascimento; MONTENEGRO, Maria de Lourdes da Silva. COSTA, Pedro Jorge Cavalcante; CABRAL, Laís Lemos; JÚNIOR, Paulo Domingos RIBEIRO. Transplante dental autógeno. **Rev Odontol Bras Central.**, v. 84, n 28, p. 26-29, 2019.
4. ARAUJO, Isabela Dantas Torres de; ABRANTES, Priscila Silva; BORGES, Boniek Castillo Dutra; ASSUNÇÃO, Isaremi Vieira de. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**. v. 5, n 1, p. 89-101, 2019.
5. BARBIERI, Ana Amélia; GRACIO, Ana Clara Maria Malta; AGOSTINI, Raquel; ROCHA, Patrícia Bitencourt da; CARVALHO, Kátia Souza; JÚNIOR, Eduardo Daruge. Cirurgia de transplante autógeno pela técnica imediata. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, v.8, n.3, p. 35 - 40, jul./set., 2008.
6. BRUNO, Emanuel de Aguiar Silveira. **Transplante dentário: revisão de literatura**. Piracicaba, SP, 2016. 28p. Monografia (Especialista em Endodontia). Universidade Estadual de Campinas.
7. CARVALHO, Daniel Rey de; MACEDO, Sérgio Bruzadelli; SILVA, Vanessa Rodrigues. Transplante dental autógeno de molares- revisão da literatura. **Rev. Odontol (ATO)**, v. 13, n. 5, p. 364-85, 2013.
8. GIANCRISTÓFARO, Magda; PAULESINI JÚNIOR, Walter; RIBEIRO JÚNIOR, Noé Vital, MARTELLI JÚNIOR, Hercílio; SILVA, Cléverson de Oliveira e. Transplante dental: revisão da literatura e relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 21, n.1, p.74-8 jan-abr, 2009
9. DUARTE, Éricka Evelyn Neves; MACEDO, Isadora Regiane Rodrigues; CARVALHO, Waldner Ricardo Souza de; OLIVEIRA, Henrique do Couto; CRISTINO, Márcio Ruffeil; NETO, Nicolau Conte. Autotransplante dentário: uma alternativa viável para a reabilitação oral. **RDAPO**, v.1, n.1, p. 29-34, maio, 2017.
10. FONSECA, Jéssica Chirife. **Reanatomização com resina composta de dentes transplantados realizada em paciente vítima de traumatismo na região dental anterior: relato de caso clínico**. Aracaju, SE, 2013. 18p. Artigo (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Tiradentes.



11. GOMES, Clênio Carlos Santana; MELO, Ismith Thelmo da Silva; TORRES, Rogério Mayer Transplante dental autógeno: Imediato e mediato. Faculdade Cathedral. **Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde**, n.3, 2013.
12. HOFFELDER, Jackson. **Transplantes dentais**. Florianópolis, SC, 2001. 23p. Monografia (Especialista em Periodontia). Universidade Federal de Santa Catarina.
13. JODAS, Cláudio Roberto Pacheco; RAPOPORT, Abrão; JUNQUEIRA, José Luiz Cintra; BACCARIN, Leandro Stocco; MORAES, Paulo de Camargo; GATI, Carolina Alves Dos Rei; TEIXEIRA, Rubens Gonçalves. Transplante dental bilateral: relato de caso clínico com acompanhamento de 9 anos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 66, n. 1, p. 30-35, 2012.
14. MARTINS, Carlos Alberto Medeiros; ROSA, André Webber; VALIATI, Renato; KREISNER, Paulo Eduardo; SANTOS, Renato Schroder dos; WEISMANN, Ruben. Transplante autógeno de germe dentário de terceiro molar inferior para o alvéolo do segundo molar inferior - relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v.10, n.2, p.86-89, jul./dez., 2005.
15. MARZOLA, Clóvis. **Transplantes e reimplantes**. 2 ed. São Paulo: Pancast, 1997.
16. MIKAMI, José Ricardo; FILHO, José Rodrigues Laureano; NOGUEIRA, Pedro Thalles Bernardo de Carvalho; JÚNIOR, Ozawa Brasil; JÚNIOR, Edmilson Zacarias da Silva; JÚNIOR, Luciano Leocádio Teixeira Noqueira. Transplante Dental Autógeno-Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial**, v. 14, n. 4, p. 51-58, 2014.
17. NAGORI, Shakil Ahmed; BHUTIA, Ongkila; ROYCHOUDHURY, Ajoy; PANDEY, Ravinder Mohan. Immediate autotransplantation of third molars: An experience of 57 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**. v. 118, n. 4, p. 400-407, 2014.
18. NORTHWAY, William; KONIGSBERG, Sidney. Autogenic tooth transplantation the "state of the art". **American journal of orthodontics**, v.77, n.2, p.146- 162. Fev., 1980.
19. OLIVEIRA, Ricardo Miguel Abrantes de. **Autotransplante dentário**. 2012. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Universidade de Lisboa.
20. PEIXOTO, Aline Carvalho; MELO, Auremir Rocha; SANTOS, Thiago de Santana. Transplante dentário: atualização da literatura e relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Bucodentofacial**, v.13, n.2, p. 75-80, abr./jun. 2013.

21. RESENDE, Ângela Figueiredo de Brito; FRÓES, Rafael Cunha; MEIRELLES, Maurício Saraiva; MOURÃO, Carlos Fernando de Almeida Barros; RESENDE, Rodrigo Figueiredo de Brito. Transplante dentário autólogo realizado no mesmo paciente em etapas diferentes do seu desenvolvimento. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.17, n.4, p. 12-16, out./dez., 2017.
22. SALES, Marina Tavares de. **Substituição de incisivo central superior por pré-molar transplantado**. Brasília, Brasil, 2014. 74p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
23. SANTOS, Luciano Cincurá Silva; DOURADO, Viviane Coelho; VIEIRA, Alex Correia; SILVA, Camila Anselmo da; LUZ, Murilo de Novaes. Transplante dental autógeno como alternativa para reabilitação oral: relato de caso. **Uningá Review**. n. 14. p. 49-57, Abr., 2013.
24. SILVA, Sandriéli Benevides Freire da; **Transplante dentário autógeno: atualização literária**. Aracaju, SE, 2015. 20p. Artigo (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Tiradentes.
25. SILVA, João António Carvalho da Costa. **Reimplantação dentária**. Porto, Portugal, 2016. 74p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.
26. ZIEGLER, Sigmund; NEUKAM, Friedrich W. Regional odontodysplasia: orthodontic treatment and transplantation of premolars. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. v. 17, n.5, p. 710-719, Nov., 2012.

**APÊNDICE**

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Vanilde de Oliveira, portadora do C.I

Nº 401.322-SSP/SE, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso das imagens do filho menor M.O.S., em publicações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico – científico.

Sem mais subscrevo,

Vanilde de Oliveira