

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

JADER LUIZ FERREIRA DO NASCIMENTO
MISKMAYNE NICOLE DOS SANTOS ARCANJO
SAMANTHA MELO DE MIRANDA HENRIQUES

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COMO
ALTERNATIVA REABILITADORA: RELATO DE CASO
CLÍNICO

RECIFE

2022

JADER LUIZ FERREIRA DO NASCIMENTO

MISKMAYNE NICOLE DOS SANTOS ARCANJO

SAMANTHA MELO DE MIRANDA HENRIQUES

**TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COMO
ALTERNATIVA REABILITADORA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Professora Orientadora: Dra. Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida.

RECIFE

2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

N244t Nascimento, Jader Luiz Ferreira do
Transplante dentário autógeno como alternativa reabilitadora: relato de
caso clínico. / Jader Luiz Ferreira do Nascimento, Miskmayne Nicole dos
Santos Arcanjo, Samantha Melo de Miranda Henriques. Recife: O Autor,
2022.

45 p.

Orientador(a): Dra. Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Odontologia, 2022.

Inclui Referências.

1.Cirurgia bucal. 2. Transplante Autólogo. 3. Reabilitação bucal. I.
Arcanjo, Miskmayne Nicole dos Santos II. Henriques, Samantha Melo de
Miranda. III. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 616.314

*Dedicamos esse trabalho aos
nossos pais e amigos que
estiveram conosco durante
essa caminhada até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer primeiramente a Deus por tudo. Sem Ele nada do que foi realizado aqui, teria se concretizado, estamos concluindo mais uma etapa em nossas vidas, e tudo isso graças a Ele, sem Deus concretizar esse sonho não seria possível, pois é Ele quem nos dá a sabedoria, o conhecimento e toda força também provém Dele.

Nosso agradecimento especial à nossa querida orientadora Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida. Agradecemos por todos os ensinamentos, por todas as horas que foi disponibilizada para nos orientar com toda atenção possível, mesmo nos seus compromissos do dia-a-dia, sabemos que são muitos, mas no tempo que tinha conosco, nos instruir pelo melhor caminho foi sua prioridade. A senhora é um exemplo de pessoa e grande profissional para nós, agradecemos por tudo e jamais vamos nos esquecer da senhora.

Eu, Jader Luiz Ferreira do Nascimento, gostaria de agradecer aos meus pais, Edsandra Maria Ferreira do Nascimento e Jairo Neto do Nascimento Filho, por estarem sempre ao meu lado, pelo apoio, por me ajudarem a alcançar meus objetivos e por fornecerem oportunidades para que meus sonhos se realizassem, sei que não foi fácil, mas passo-a-passo prosseguiremos juntos, amo vocês. À minha namorada, Vitória Emmanuele, pelo incentivo, ajuda, compreensão e companheirismo, agradeço por seu apoio, encorajamento e que a cada dia venhamos estar evoluindo mais e mais. Agradeço aos meus familiares, tios, tias, primas, avós, por estarem comigo e pelo apoio nessa trajetória. Aos meus amigos agradeço pelos momentos juntos e pelas experiências vividas. Também gostaria de agradecer às minhas companheiras de TCC, Miskmayne Nicole e Samantha Miranda, por todo período que estivemos juntos para concretização deste trabalho.

Eu, Miskmayne Nicole, sou grata aos meus pais, Rosimere Maria dos Santos e Maviael José de Arcanjo por sempre acreditarem em mim, por sonharem esse sonho comigo, você são meus maiores exemplos de honestidade, força e determinação; Agradeço também ao meu esposo, Elton William por sempre ter acreditado que esse sonho se tornaria realidade, e por sempre me incentivar a ser melhor cada dia mais, amo você. Agradeço aos meus familiares e amigos por todo apoio e carinho durante toda essa jornada, a minhas primas Claudyleide Souza por nunca me deixar só nos momentos mais difíceis dessa caminhada, e sempre ter

enxergado potencial na minha trajetória, eu amo você. Gabriela Kaline por sempre mostrar que estudar é o melhor caminho e ter me presenteado com meu amor mais puro e singelo, minha Hannah. Agradeço também a minha vó que não está mais entre nós mas que com certeza estaria muito feliz por essa conquista, espero ser a metade da mulher que você foi. As pessoas que passaram pelo meu caminho ao longo desses cinco anos e que hoje não fazem mais parte do meu ciclo, vocês foram essenciais. Sou grata por meus companheiros de TCC Samantha Miranda e Jader Luiz, gratidão por toda paciência e cumplicidade nesse período.

Eu, Samantha Miranda, também agradeço à minha querida família, em especial à minha mãe Amara e meu padrasto Wellber por toda força e apoio até que esse dia chegasse, é um dia muito feliz para todos nós, pois estamos concretizando mais um sonho, sonhamos em família e é mais uma etapa concluída, 5 anos de choros e alegrias. Ao meu amado noivo José Portugal, que mesmo tão distante tem sido um verdadeiro companheiro, te amo meu amor. Aos meus amigos e amigas, principalmente os mais próximos, agradeço por toda força e pelas boas palavras em momentos difíceis. À Laísa Holanda, por ter me ajudado também nessa etapa de TCC. Aos meus amigos de TCC, Jader e Miskmayne, gratidão por vocês, estamos passando por essa etapa juntos.

*“Uns confiam em carros e outros em cavalos, mas
nós faremos menção do nome do Senhor, nosso
Deus.”*

(Salmos 20:7)

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COMO ALTERNATIVA REABILITADORA: RELATO DE CASO CLÍNICO

JADER LUIZ FERREIRA DO NASCIMENTO

MISKMAYNE NICOLE DOS SANTOS ARCANJO

SAMANTHA MELO DE MIRANDA HENRIQUES

Professora Orientadora Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida.

Professora da UNIBRA. Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

realmeida81@outlook.com

Resumo:

Introdução. A perda dentária é um agravo na saúde bucal em indivíduos de todas as idades, causando efeitos negativos e interferindo nas atividades diárias. Dentre muitas formas de substituição dentária, a proposta do transplante dentário surge como uma alternativa relevante, que quando bem indicada, promove bons resultados clínicos. **Objetivo.** Apresentar um caso clínico de reabilitação com transplante dentário autógeno realizado após a exodontia indicada de um resto radicular. **Relato de caso.** Paciente A.S.G, sexo feminino, 25 anos, compareceu a clínica-escola do Centro Universitário Brasileiro. Foi realizado o exame clínico observando a de resto radicular do elemento 26, havendo necessidade de exodontia. Foi solicitada uma radiografia panorâmica e foi observado que o elemento dentário 28, encontrava-se incluso, com condições anatômicas ideais para um possível transplante dentário, além de não apresentar formação completa do ápice radicular. **Discussão.** A capacidade mastigatória diminui com a perda dentária, além de causar danos estéticos. Há uma maior taxa de sobrevivência para transplantes realizados com o ápice do dente aberto, ainda em desenvolvimento radicular. **Conclusão.** O transplante dentário cumpriu com seu objetivo de reabilitação oral, demonstrando ser uma alternativa efetiva de substituição dentária e de baixo custo.

Palavras-chave: Cirurgia bucal. Transplante Autólogo. Reabilitação bucal.

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO COMO ALTERNATIVA REABILITADORA: RELATO DE CASO CLÍNICO

JADER LUIZ FERREIRA DO NASCIMENTO

MISKMAYNE NICOLE DOS SANTOS ARCANJO

SAMANTHA MELO DE MIRANDA HENRIQUES

Professora Orientadora Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida.

Professora da UNIBRA. Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

realmeida81@outlook.com

Abstract:

Introduction. Tooth loss is a problem for oral health in individuals of all ages, causing negative effects and interfering with daily activities. Among many forms of tooth replacement, the proposal of dental transplantation emerges as a relevant alternative, which, when well indicated, promotes good clinical results. **Objective.** To present a clinical case of rehabilitation with autogenous dental transplant performed after the indicated extraction of a root remnant. **Case report.** Patient A.S.G, female, 25 years old, attended the teaching clinic of the Centro Universitário Brasileiro. A clinical examination was performed, observing the remaining root of element 26, requiring extraction. A panoramic radiograph was requested and it was observed that tooth 28 was included, with ideal anatomical conditions for a possible dental transplant, in addition to not showing complete formation of the root apex. **Discussion.** The masticatory capacity decreases with tooth loss, in addition to causing aesthetic damage. There is a higher survival rate for transplants performed with the apex of the tooth open, still in root development. **Conclusion.** Dental transplantation fulfilled its objective of oral rehabilitation, proving to be an effective and low-cost alternative for tooth replacement.

Keywords: Oral surgery. Autologous Transplantation. Oral rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Elemento dentário 26	21
Figura 2 – Radiografia panorâmica inicial	22
Figura 3 – Retalho envelope do dente 24 até o túber.....	23
Figura 4 – Alvéolo pós-extração atraumática.....	23
Figura 5 – Peça cirúrgica.....	23
Figura 6 – Dente 28 posicionado no alvéolo do dente 24.....	24
Figura 7 – Contenção com fio de sutura “x” na oclusal do dente transplantado 28 e contenção com fio de aço.....	24
Figura 8 – Contenção semi-rígida com fio de aço e fio de sutura mantida por sutura em “x”.....	24
Figura 9 – Aspecto clínico do elemento 28 autotransplantado no alvéolo do dente 26 no pós-operatório de 20 dias.....	24
Figura 10 – Aspecto radiográfico do elemento 28 autotransplantado no alvéolo do dente 26 no pós-operatório de 20 dias.....	25
Figura 11 – Radiografia de 3 meses e 13 dias.....	26
Figura 12 – Radiografia de 5 meses e 15 dias.....	26
Figura 13 – Radiografia de 8 meses e 18 dias.....	27
Figura 14 – Radiografia de 1 ano.....	27
Figura 15 – Tomografia computadorizada de feixe cônico.....	28
Figura 16 – (A) Corte sagital, (B) Corte axial, (C) Corte coronal.....	28

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVO	14
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.	REVISÃO DE LITERATURA	14
	3.1 INDICAÇÃO DE EXODONTIA.....	14
	3.2 REMODELAÇÃO ÓSSEA APÓS EXODONTIA.....	15
	3.3 FORMAS DE REABILITAÇÃO APÓS EXODONTIA.....	16
	3.3.1 Prótese implatossuportada	16
	3.3.2 Prótese dento e/ou mucossuportada	17
	3.4 O TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO.....	18
	3.5 INDICAÇÃO DO TRANSPLANTE.....	19
	3.6 VANTAGENS E DESVANTAGENS DO TRANSPLANTE DENTÁRIO.....	19
4.	RELATO DE CASO	21
	4.1 EXAME CLÍNICO.....	21
	4.2 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - ETAPA 1.....	22
	4.3 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – ETAPA 2.....	23
5.	DISCUSSÃO	28
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária permanece sendo um agravo na saúde bucal, em adultos e idosos, causando efeitos negativos na qualidade de vida e interferindo nas atividades diárias. A cárie dentária, traumatismo e doenças periodontais são os principais motivos de perdas dentárias recentes. A falta de dentes pode influenciar na dicção, mastigação, fonação e estética. A baixa autoestima relacionada à perda de um dente, pode dificultar a socialização de um indivíduo, seja em seu trabalho ou no âmbito familiar. Por esse motivo, para minimizar danos, a odontologia contemporânea possui cada vez mais formas de tratamento (BATISTA; RIHS; SOUSA, 2012; MANDARINO; ESCUDEIRO; SANTOS, 2022).

A saúde do sistema estomatognático de um paciente desdentado parcial ou total é um desafio para a odontologia atual. O tratamento com implantes, se possível, constitui na primeira escolha para a reabilitação. O emprego de próteses implantossuportadas apresentam a vantagem da similaridade com os dentes naturais (MACIEL *et al*, 2019; CARVALHO *et al*, 2006). Outras formas de tratamento são as reabilitações através de próteses fixas ou removíveis, sejam elas parciais ou totais, havendo ainda a possibilidade de reabilitação através da realização de transplante dentário autógeno, quando bem indicada (GUPTA *et al*, 2018).

O resultado favorável da cirurgia de transplante dentário está ligado à seleção adequada do paciente. Essa seleção inclui um paciente que seja cooperador, bem motivado para realização da cirurgia, com boa higiene oral, um bom estado de saúde no geral e com disponibilidade de comparecer às consultas de retorno. Em relação ao dente doador e receptor, o local receptor deve estar livre de infecção e estar apto para receber o dente transplantado, além de ter suporte ósseo. E em relação ao dente doador, as contra-indicações são raízes divergentes e a largura do dente, tudo precisa estar anatomicamente adaptado (ARMSTRONG; O'REILLY; AHMED, 2020).

Dessa forma, o presente trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico de autotransplante com acompanhamento de um ano e seis meses e discutí-lo com as evidências atuais.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar um caso clínico de reabilitação com transplante dentário autógeno realizado após a exodontia indicada de um resto radicular.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INDICAÇÃO DE EXODONTIA

A exodontia dentária, é uma das cirurgias orais mais realizadas. A doença cárie, doença periodontal e pericoronarite, tornam-se motivos para esse procedimento. A odontologia com o passar dos anos adquiriu título de ser conservadora, tudo isso graças às técnicas modernas. No entanto, mesmo com todo o avanço e busca pela preservação de cada dente, as exodontias ainda são bastante comuns e em alguns casos necessárias(SANTOS *et al*, 2021).

A cárie e a doença periodontal são as principais razões de perdas dentárias em adultos, isso ocorre devido a essas doenças serem identificadas em estágios avançados, dificultando um tratamento conservador que seja possível. O motivo do adulto procurar um atendimento odontológico, é o fato de sentir dor, na maioria das vezes, e assim busca uma solução imediata para esse sintoma, porém baseada na condição da estrutura dentária, a solução torna-se a exodontia (FERRAZ *et al*, 2015).

Segundo Travassos *et al* (2008)., em seu estudo de pesquisa na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no departamento de Clínica e Odontologia Social (DCOS), foram avaliadas as principais indicações de exodontias, analisando a quantidade de dentes extraídos, bem como o sexo e faixa etária referente. Observou-se que os pacientes com idades entre 31 a 40 anos tiveram mais dentes extraídos e uma prevalência maior pelo sexo feminino foi encontrada. Unindo a faixa etária com as causas de exodontias, concluíram que a razão principal das perdas dentárias foi a cárie em todas as idades, exceto dos 51 a 60 anos, em que a doença periodontal foi o motivo precursor(TRAVALASSOS *et al*, 2008).

3.2 REMODELAÇÃO ÓSSEA APÓS A EXODONTIA

A reabsorção óssea alveolar é um evento fisiológico que acontece como consequência da extração de um dente. O encolhimento dos tecidos é uma consequência dessa reabsorção, mesmo na exodontia mais conservadora. A extração também causa uma ruptura fisiológica local que resulta em uma resposta inflamatória e um grau variável de atrofia do rebordo alveolar, que está relacionado a reabsorção óssea. Alguns estudos relataram que a maior parte de remodelação do osso acontece nas primeiras semanas após a extração, e as mudanças dimensionais parecem ser maiores em sítios molares, mais especificamente na dimensão horizontal (COUSO-QUEIRUGA *et al*, 2021; LÓPEZ-PACHECO *et al*, 2021; STUMBRAS *et al*, 2019).

A lei de Wolf (1982) afirma que o osso é remodelado de acordo com as forças aplicadas sobre ele. Toda vez que a função do osso é modificada, ocorre uma mudança definitiva, sempre que existe uma perda dentária, a falta de estímulo ao osso residual causa um trabeculado na densidade óssea da área, com perda de largura e altura externa do volume ósseo. A largura do osso reduz em cerca de 25% no primeiro ano após a perda de um dente, o osso precisa de estímulo para manter a forma e sua densidade, uma compressão de 4% no sistema esquelético é capaz de manter o osso e ajuda a equilibrar a reabsorção. Os dentes transmitem força para os ossos circundantes, é necessário que exista dente para desenvolvimento do processo alveolar, o estímulo desse osso é importante para a densidade e volume (MISCH, 2009).

Couso-Queiruga *et al* (2021)., em sua revisão sistemática e metanálise sobre as evidências referentes às alterações dimensionais pós-extração do rebordo alveolar, observou que a reabsorção óssea horizontal e vertical tiveram resultados estatísticos significantes. A reabsorção óssea horizontal é maior na região de molares do que na de não-molares. Na face lingual, a perda óssea vertical se aplica maior em região de molares do que não-molares. No entanto, a reabsorção óssea vertical na face vestibular, foi mais extensa na região de não-molares do que molares (COUSO-QUEIRUGA *et al*, 2021).

3.3 FORMAS DE REABILITAÇÃO APÓS EXODONTIA

A perda dentária devido a doença periodontal e cárie tem um impacto visível na vida dos indivíduos (GUPTA *et al*, 2008). O edentulismo parcial ou total pode influenciar negativamente na vida de uma pessoa. Estudos sobre a qualidade de vida e saúde afirmam que pacientes edêntulos possuem sua auto-estima afetada devido a estética, podendo o paciente edêntulo ser considerado deficiente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pois eles evitam comer e falar publicamente. Os que usam próteses, tendem a manter suas dentaduras em segredo de amigos e familiares, porém elas permanecem sendo uma forma de reabilitação mais acessível(LEE e SAPONARO, 2018; GUPTA *et al*, 2008).

3.3.1 Prótese implantossuportada

Os implantes dentários atualmente são usados como alternativa para a reabilitação oral de pacientes parcialmente ou totalmente desdentados. O seu planejamento estético e cirúrgico permite uma previsível execução das etapas a serem realizadas no tratamento, fornecendo ao paciente resultados estéticos e funcionais (MACIEL *et al*, 2019; HULTIN; GUSTAFSSON; KLINGE, 2000).

O prognóstico da implantodontia está relacionado a taxa de sobrevida e a estabilidade protética. Dentre as complicações das próteses implanto-suportadas, destaca-se o afrouxamento e fratura dos implantes, fratura dos dentes da prótese ou da estrutura metálica. Dentre os principais benefícios dessa reabilitação, está a resposta positiva do paciente, visto que teve sua estética e função oral restaurada(MACIEL *et al*, 2019).

A indicação de um implante dentário requer avaliação da expectativa do paciente, de sua anatomia, traumas potenciais e a sua capacidade de cicatrização. Por esse motivo, indicações e também contra-indicações devem ser respeitadas, afim de que o benefício do tratamento supere os riscos. Os riscos e falhas dos implantes dentários foram postos em alguns fatores, mostrando assim que a doença periodontal, o tabagismo, o bruxismo, doenças ósseas, diabetes mellitus são categorizados como condições que predispõem ao insucesso no uso de implantes dentários (KULLAR e MILLER, 2019).

Os implantes dentários e as próteses sobre implantes, proporcionam resultados para substituição de dentes perdidos que não estavam disponíveis

anteriormente. Os resultados clínicos com êxito dos tratamentos com implantes foram demonstrados em diversos estudos, principalmente em pacientes edêntulos, melhorando a satisfação e qualidade de vida após o tratamento com prótese implanto-suportadas. Em contrapartida, alguns pacientes podem recusar o tratamento de implante dentário, com base nas preocupações sobre as despesas que precisarão ter (KASHBOUR *et al*, 2015).

3.3.2 Prótese dento e/ou mucossuportada

A ausência de um ou mais dentes causam interferências na mastigação, na estética e fonética, conseqüentemente trazendo impactos sociais. Indivíduos caracterizados por essa ausência podem ser reabilitados através de próteses totais ou parciais, fixas ou removíveis. A reabilitação por meios protéticos tem como intuito preservar a anatomia normal do paciente, devolver funções, fornecer uma melhor estética e inserí-lo novamente no ambiente social (SOBRINHO; COSTA; PINHO, 2020).

Por muitos anos procedimentos cirúrgicos e protéticos eram os mais buscados, dentes hígidos eram extraídos objetivando o uso de próteses totais (PT), os principais motivos para tais ações serem feitas eram por receio de futuras dores dentárias e por convicção de que o edentulismo aconteceria como consequência do envelhecimento. Tais pensamentos começaram a mudar após a introdução da odontologia preventiva, passando a ter melhores orientações a respeito de higiene bucal (NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011; PALAORO *et al*, 2021).

A perda dentária interfere na qualidade de vida do indivíduo, podendo prejudicá-lo no meio psicossocial e até mesmo empregatício. A prótese total (PT) surge como uma interessante alternativa de tratamento, principalmente para os idosos, sendo nessa faixa etária que encontra-se a maioria dos edêntulos totais, porém nos dias atuais, independente da idade, sempre existe alguém com um ou mais dentes ausentes (PARAGUASSU *et al*, 2019; MIRANDA *et al*, 2021).

A prótese parcial removível (PPR) tem como objetivo reabilitar utilizando peças artificiais para substituir dentes ausentes, podendo restaurar arcos com um dente ausente até arcos com apenas um dente restante. As PPRs são removíveis para que ocorra uma higienização mais fácil e adequada, levando em consideração que sua presença na boca aumenta a possibilidade de adesão do biofilme dentário e

exigindo maiores cuidados. Para utilização da PPR, são necessários preparos mais conservadores e se comparada às demais próteses, é confeccionada em menor tempo e possui uma manutenção mais fácil (SUGIO *et al*, 2019).

A prótese parcial removível (PPR), possui uma fácil acessibilidade, podendo ser indicada em uma grande variedade de casos, além do seu menor custo, tornando-a mais requisitada. Por outro lado, em alguns casos pode causar desconforto, geralmente no período inicial de sua instalação, além de que os grampos quando presentes e aparentes na região anterior não possuem uma boa estética (SUGIO *et al*, 2019).

Em busca de solucionar problemas estéticos, fonéticos e funcionais, uma das opções também são as próteses fixas (PF), as quais são realizadas com base no espaço edêntulo e nas características e padrões individuais do paciente, sendo confeccionada uma peça específica e única. Durante seu ajuste, ocorre a personalização de alguns aspectos como: cor, textura e forma; tais alterações são feitas visando fornecer uma boa estética, conforto e boa funcionalidade ao falar e mastigar (SOBRINHO; COSTA; PINHO, 2020).

3.4 O TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO

O transplante dentário autógeno é um procedimento cirúrgico bem documentado para substituir dentes perdidos. Seu tratamento é definido pelo transplante de um dente de sua posição original para um alvéolo de extração ou um local receptor preparado cirurgicamente, dentro do mesmo indivíduo. O transplante dentário é classificado em autógeno, quando o doador é também o receptor (WARMELING *et al*, 2019; KAFOUROU *et al*, 2017; AKHLEF *et al*, 2017; ALMEIDA *et al*, 2021).

Pré-requisitos são necessários para o sucesso do transplante, alguns são: idade do paciente, ser executado em apenas uma etapa, tempo do dente transplantado fora do alvéolo, uso de técnica atraumática, condição do leito receptor e formação completa ou parcial do ápice. Além de ser uma técnica mais acessível comparada ao implante. O transplante dentário autógeno tem sido defendido como forma de substituição de dentes perdidos, que estejam impróprios para restauração, bem como para tratamentos ortodônticos (WARMELING *et al*, 2019; KAFOUROU *et al*, 2017; AKHLEF *et al*, 2017; ALMEIDA *et al*, 2021).

3.5 INDICAÇÃO DO TRANSPLANTE

Para a realização do transplante é imprescindível a avaliação se o paciente pode ser transplantado e algumas principais indicações são se existe perdas dentárias traumáticas ou prematuras, condições patológicas do dente que causa a perda prematura do elemento dentário e a presença de dentes impactados ou ectópicos (ROHOF *et al*, 2018; MIKAMI *et al*, 2014).

Para o transplante dentário ser considerado êxito, o local receptor deve estar com suporte ósseo favorável e o dente doador em condições convenientes para início do transplante. Os pacientes necessitam ter uma boa higiene oral e que estejam preparados para receber as indicações pré e pós operatórias de forma correta. O paciente também deve ter consciência desde o início que precisará comparecer a consultas periódicas para o acompanhamento do caso (MIKAMI *et al*, 2014; SANTOS; ESCUDEIRO; MANDARINO, 2022).

Em relação ao dente doador e o alvéolo receptor, ambos devem estar compatíveis anatomicamente e sem infecções. Idealmente, o dente doador deve estar com desenvolvimento radicular de 2/3 a 3/4 da raiz para que os resultados positivos sejam maiores (SANTOS; ESCUDEIRO; MANDARINO, 2022; AKHLEF *et al*, 2017).

3.6 VANTAGENS E DESVANTAGENS DO TRANSPLANTE DENTÁRIO

As principais vantagens da técnica do transplante dentário é o fato de poder reutilizar o dente do próprio paciente para ser colocado em um outro espaço dentro da boca, e também o custo do tratamento se torna atraente comparado a outras formas de reabilitação. Em o paciente cumprindo todos os requisitos de indicação do transplante dentário, esta pode ser uma excelente alternativa para a substituição do dente perdido (ALMPANI *et al*, 2015).

O autotransplante de dentes evoluiu para uma escolha defendida para substituição de dentes perdidos e impróprios para restaurações. Esse procedimento demonstrou oferecer adaptação funcional, preservação do rebordo ósseo alveolar e restabelecimento de um processo alveolar normal (KAFUROU *et al*, 2017).

Rohof *et al.*, escreve que os dentes autotransplantados com sucesso, possui vantagens como periodonto vital, erupção contínua, preservação do volume do osso

alveolar e da papila interdentária, além de possibilidade de movimentação através de forças ortodônticas. Ademais, pode ser realizado em indivíduos em crescimento, a longevidade dos dentes transplantados são equiparadas aos implantes dentários. Vários fatores são indicados para que o resultado do transplante dentário seja favorável, o seu êxito tem sido relacionado a fatores do paciente como sexo, idade, o dente doador (desenvolvimento radicular, tipo, morfologia, posição), o sítio receptor (inflamação local, localização, qualidade do osso alveolar) e o procedimento (método de estabilização, uso de antibióticos, lesão do ligamento periodontal, osteotomia, experiência do cirurgião) (ROHOF *et al*, 2018).

O autotransplante de dentes com formação radicular incompleta, possui também a vantagem de revascularização e reinervação pulpar, minimizando a necessidade de tratamento endodôntico. Os dentes com formação radicular completa requerem, pois, o tratamento endodôntico para diminuir o risco relacionado à polpa. A revascularização pulpar está ligada ao estágio do desenvolvimento do dente transplantado, de preferência o autotransplante de dentes deve ser realizado quando a formação da raiz é 50-75% da raiz completa esperada, ou seja, desenvolvimento 7-9 do estágio de Nolla. Essa condição corresponde a um ápice radiograficamente aberto, o que permite a revascularização da câmara pulpar e o término do desenvolvimento radicular (ROHOF *et al*, 2018; MARTIN; NATHWANI; BUNYAN, 2018; YU HJ *et al*, 2017).

Em uma outra revisão de literatura, foi mencionado que o estágio do dente é identificado como fator prognóstico para o sucesso do transplante. Andreasen em sua revisão sistemática e metanálise, examinou a cicatrização pulpar e o desenvolvimento radicular após o autotransplante. Os dentes transplantados com a formação radicular incompleta tem uma taxa de 96% de cicatrização pulpar, em comparação de 15% para dentes que foram transplantados com o a formação radicular completa (YU HJ *et al*, 2017, apud ANDREASEN, 1981).

Yu Hj *et al.*, em seu estudo comparativo de 10 anos sobre autotransplante dentário em terceiros molares com raízes formadas completamente, declara que não são muitos os estudos que relatam sobre resultados clínicos de autotransplante em dentes maduros de terceiros molares com raízes formadas totalmente, em relação aos estudos de autotransplante de terceiros molares imaturos, este é realizado há vários anos. O autotransplante de dentes com formação radicular completa é também uma alternativa para substituição dentária, no entanto a revascularização da

polpa não é esperada, Kristerson e Andreasen revelaram também que a reabsorção radicular é mais proeminente à medida em que o desenvolvimento radicular progride, cerca de 96% de cicatrização pulpar para dentes com formação radicular incompleta e 15% para dentes transplantados com formação radicular completa(YU HJ *et al*, 2017; KRISTERSON e ANDREASEN, 1984).

Como em qualquer cirurgia, na cirurgia de transplante dentário, existem desvantagens que são complicações que podem surgir, como a possibilidade de ocorrer anquilose, reabsorção inflamatória e por substituição já, necrose pulpar e cicatrização periodontal deficiente, além de ser suscetível à cárie e doenças periodontais como os outros dentes (MIKAMI *et al*, 2014; MARTIN; NATHWANI; BUNYAN, 2018).

4 RELATO DE CASO

4.1 EXAME CLÍNICO

Paciente A.S.G, sexo feminino, 25 anos, compareceu a clínica-escola do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), com o intuito de realizar apenas uma avaliação. Ao exame clínico observou-se a necessidade de exodontia do elemento dentário 26 (Figura 1), com extenso comprometimento coronário. A paciente não apresentava nenhum histórico de doenças sistêmicas e nem alergia a medicamentos. Quando da avaliação da radiografia panorâmica (Figura 2), foi observado que o elemento dentário 28 encontrava-se incluso, apresentando formação de 2/3 da raiz formada, além de tamanho mesiodistal compatível com a região do dente a ser perdido.



Figura 1 - Elemento dentário 26.



Figura 2 - Radiografia panorâmica inicial.

Dessa forma, foi sugerido para a paciente a possibilidade de realização de um transplante dental autógeno do dente 28 para o local do dente 26 que apresentava indicação de exodontia, para que a paciente concordasse com o planejamento, tendo ciência dos benefícios, possíveis riscos e complicações. A paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice A).

4.2 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - ETAPA 1: EXODONTIA DO RESTO RADICULAR 26 E PREPARO DO ALVÉOLO

A paciente fez uso de medicação preemptiva uma hora antes da realização da cirurgia, utilizou dexametasona 8 mg, por via oral. No momento do procedimento, esse foi iniciado com a realização de uma antissepsia intra-oral com clorexidina 0,12% por 60 segundos, seguida de antissepsia extra-oral com clorexidina 2% (Riohex®). A anestesia foi feita pela técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar superior posterior e infiltrativa do nervo alveolar superior médio e do nervo palatino maior, com solução de mepivacaína 2% com vasoconstrictor epinefrina 1:100:000 UI/ml (Mepiadre – DFL®). Uma incisão intrasulcular, com lâmina de bisturi 15c com posterior descolamento do retalho em envelope foi realizada do elemento dentário 24 até a região do túber (Figura 3). Após remoção dos restos radiculares do elemento 26 da forma menos traumática possível (Figura 4 e 5), foi realizada a curetagem do alvéolo para remoção do tecido de granulação com cureta de lucas (Golgran®) e irrigação abundante com solução salina estéril 0,9%.



Figura 3 - Retalho envelope do dente 24 até o tubero.

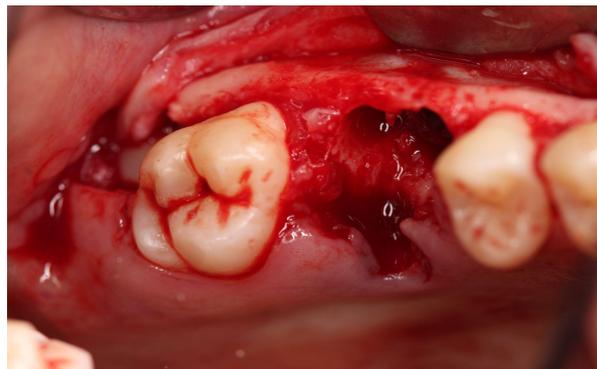


Figura 4 - Alvéolo pós-extração atraumática.



Figura 5 - Peça cirúrgica.

4.3 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - ETAPA 2: EXODONTIA DO ELEMENTO 28 INCLUSO E RECOLOCAÇÃO DO DENTE NO ALVÉOLO DO DENTE 26

Em seguida, foi realizada a remoção do dente 28 incluído, que foi colocado em solução fisiológica 0,9% para preservação do ligamento periodontal. Foi procedida a irrigação do alvéolo com soro fisiológico 0,9% e remoção do remanescente do capuz pericoronário.

O elemento dentário 28, foi colocado no alvéolo do dente 26 (Figura 6). Nesse momento, foi observada a necessidade de preparo do leito para estabilização do dente transplantado. Esse preparo foi realizado com osteótomo (Golgran®). Após irrigação, o dente 28 foi transplantado e estabilizado com sutura de fio de seda 4-0 (Technofio®) em "X" sobre o dente transplantado e fio de aço (Morelli®), do dente 25 ao 27. O fio de aço foi fixado com resina composta (Figura 7).

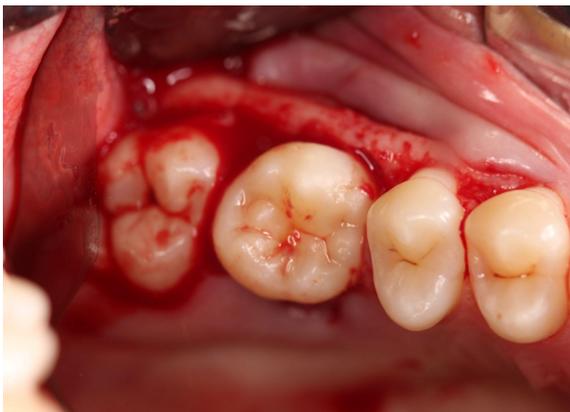


Figura 6 - Dente 28 posicionado no alvéolo do dente 26.



Figura 7- Fio de sutura "x" na oclusal do dente transplantado 28 e contenção com fio de aço.

No pós-operatório, fez-se a prescrição de amoxicilina 500mg (8/8 horas por sete dias), nimesulida 100mg (12/12 horas por três dias), dipirona 1g (6/6 horas por dois dias) e clorexidina 0,12%, com início após 24 horas do procedimento.

Na consulta de retorno, 20 dias após o procedimento, foi feita a remoção das suturas e da contenção semi-rígida (Figura 8). O periodonto estava íntegro, com cicatrização satisfatória dos alvéolos (Figura 9). Foi realizada uma radiografia periapical e observou-se formação de osso alveolar ao redor do dente transplantado, como demonstrado na figura 10.



Figura 8 -Contenção semi-rígida com fio de aço e fio de sutura mantida por sutura em "X".



Figura 9 - Aspecto clínico do elemento 28 auto-transplantado no alvéolo do dente 26 no pós operatório de 20 dias.



Figura 10 - Aspecto radiográfico do elemento 28 autotransplanta-
do no alvéolo do dente 26 no pós operatório de 20 dias.

No acompanhamento de 3 meses e 13 dias após o procedimento e de 5 meses e 15 dias, em ambos foi feito o teste de sensibilidade ao frio do dente transplantado, com resposta positiva ao teste, negativa ao teste de percussão horizontal e vertical, o qual foi diagnosticado com polpa normal. O dente também apresentou boa estabilidade, sem movimento no sentido horizontal ou vertical. Radiograficamente, notou-se que o ápice do dente transplantado ainda estava aberto(Figura 11). A paciente não apresentava queixas e relatava mastigação normal. Observou-se que não era necessário a reanatomização do dente, pois não causava nenhum desconforto estético à paciente. No exame radiográfico, havia formação da lâmina dura, sinais de formação óssea bem caracterizados e lâmina dura radicular (Figura 12).



Figura 11- Radiografia de 3 meses e 13 dias.



Figura 12 - Radiografia de 5 meses e 15 dias.

Seguidamente, no acompanhamento de 8 meses e 18 dias, a paciente apresentou resposta positiva ao frio, com remissão mais lenta do que o dente controle elemento 17. Mais uma vez a paciente não relatou histórico de queixas e clinicamente o dente transplantado estava normal. Radiograficamente foi observado formação de ápice completa e de osso (Figura 13).



Figura 13 - Radiografia de 8 meses e 18 dias.

No acompanhamento de 1 ano, a paciente continuou apresentando resposta positiva ao frio e remissão mais lenta que o dente controle. Na radiografia periapical, foi observada uma área radiolúcida na distal do dente 26, sugerindo uma reabsorção externa, por esse motivo foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor avaliação(Figura 14 e 15).



Figura 14 - Radiografia de 1 ano.



Figura 15 - Tomografia Computadorizada de feixe cônico, RB indica reabsorção.

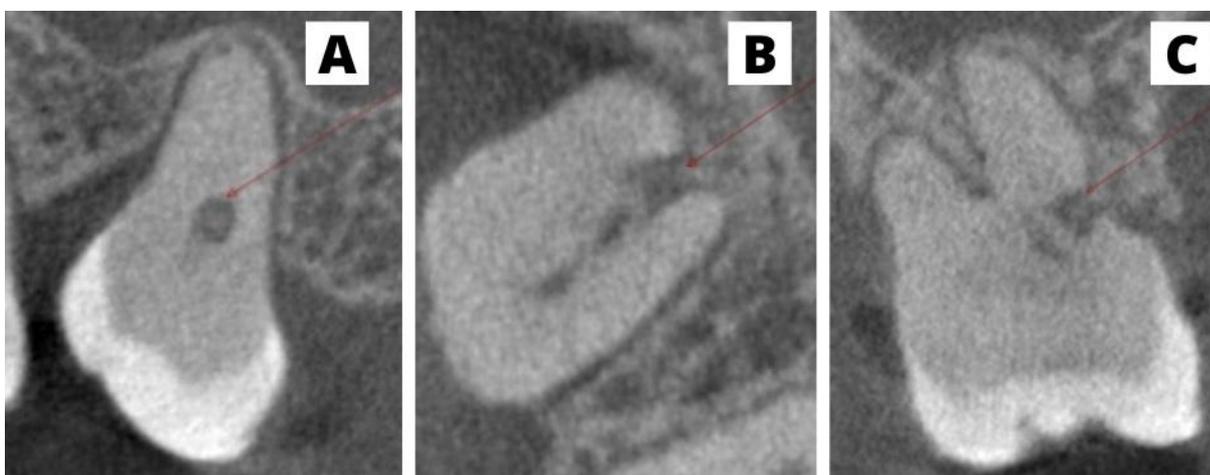


Figura 16 - (A) Corte sagital, (B) Corte axial, (C) Corte coronal.

5 DISCUSSÃO

A perda dentária diminui a capacidade mastigatória de um indivíduo, dessa forma limitando o consumo de diversos alimentos. Afetam também a fonação e causa danos estéticos. O transplante de dentes bem-sucedido, proporciona a estética, mastigação, fala e integridade de arcos melhorados (FERRAZ *et al*, 2015; YU *et al*, 2017).

No caso relatado, durante a avaliação pré-operatória, foram observados os requisitos para determinar a indicação do transplante dentário como uma alternativa viável. Essa paciente tinha indicação da exodontia do dente 26 devido a ampla destruição coronária e a impossibilidade de manutenção desse elemento. Apresentava o elemento 28 incluso, numa fase de desenvolvimento de nolla 7-9,

com ápice aberto e 2/3 da raiz formada, o que mostrava ser bastante favorável ao transplante, por permitir mais chance de revascularização, justificando assim a escolha para ele ser o dente doador. Akhlef *et al.*, corrobora com essa conduta, já que em seu estudo de revisão sistemática, afirma que uma maior taxa de sobrevivência é alcançada com dentes imaturos com aproximadamente 2/3-3/4 de desenvolvimento radicular devido ao ápice mais largo, documenta também o sucesso de dentes transplantados, que possui uma taxa de sobrevivência de 96,7% e compara-se bem com outras alternativas de substituição de dentes perdidos, considerando o fato de dentes transplantados com o ápice aberto serem mais favoráveis ao êxito por ter um aumento da probabilidade de cicatrização pulpar, em se comparando com dentes maduros com formação radicular completa (AKHLEF *et al*, 2017).

Contudo, o autotransplante de dentes com formação radicular completa também é uma alternativa para substituição dentária, mesmo embora a polpa de um dente maduro não possa regenerar e o dente precisará de tratamento endodôntico pós-operatório. Almpani *et al.*, discorre sobre isso em sua revisão sistemática e metanálise sobre autotransplante de dentes em humanos, reiterando que existe uma diferença entre dentes com ápice aberto e fechados, há o risco de falha relacionado à polpa, dentes com raízes desenvolvidas podem ser tratados endodonticamente antes do transplante, porque a revascularização é menos provável de ocorrer devido ao comprimento da raiz, e dentes com raízes em desenvolvimento, apenas são tratados endodonticamente quando há sintomas de inflamação periapical, pois a cicatrização pulpar é melhor. Por esse motivo, a melhor escolha é realizar o transplante dentário ainda com o dente imaturo e ápice aberto, como foi realizado no caso em questão. Andreasen J.O *et al.*, em seu estudo de longo prazo de 370 pré-molares autotransplantados, identificou que a relação entre o desenvolvimento radicular e a necrose pulpar parecia ser muito forte, a explicação para isso é que a revascularização da polpa parece mais previsível em raízes com ápices abertos do que raízes com ápices fechados (ALMPANI *et al*, 2015; YU HJ *et al*, 2017; KRISTERSON e ANDREASEN, 1984; JO ANDREASEN *et al*, 1990).

Todas as alternativas de substituição dentária foram apresentadas para a paciente do caso em questão, incluindo a possibilidade de realização do transplante dentário autógeno, levando então à escolha da realização do transplante, visto que havia indicações para o sucesso, condições favoráveis e custo baixo para a

paciente. Conforme Yu *et al.*, descreve que o autotransplante de dentes é indicado para repor um ou mais dentes perdidos, como alternativa de baixo custo em relação às próteses dento, muco e implatossuportadas (YU HJ *et al*, 2017).

A paciente do caso apresentava boas condições sistêmicas e saúde no geral, além de adequada higiene oral. Após ter recebido a possibilidade da realização de um transplante dental autógeno, ela estava apta a seguir todo o pós-operatório proposto. De acordo com Ankita Ghugh *et al.*, os pacientes precisam estar em boas condições de saúde, ter um nível de higienização bucal aceitável, capazes de seguir as indicações pós-operatórias, inclusive para permitir a estabilização do dente transplantado (ANKITA GHUGH *et al*, 2012).

Durante o procedimento cirúrgico do autotransplante, foi necessária a estabilização do dente transplantado, com uma contenção semi-rígida. A contenção deve ser rígida o suficiente para manter o dente em posição, porém maleável a ponto de permitir estímulos do ligamento periodontal, seleção e método da contenção deve ser avaliada com critério, pois o tipo de contenção deve estabilizar o elemento dental em sua posição, prevenir danos à polpa e as estruturas periodontais, além de possibilitar o reparo dos tecidos periodontais. Yu HJ *et al.* e Jo Andreasen (1975)., relatam que os dentes doadores transplantados, obtiveram uma fixação para estabilização do dente autotransplantado. Foram estabilizados com suturas cirúrgicas não absorvíveis, removidas 2 a 3 semanas após a cirurgia, preconizado o uso desta contenção por um curto período de tempo para evitar anquilose dentária. Tsukiboshi *et al.*, relataram que em casos onde exista uma mobilidade alta do dente transplantado, deve ser utilizado uma tala mais rígida com arame e resina durante 3 semanas após a remoção da tala de sutura. Alguns autores utilizaram apenas uma sutura com fio de seda sobre a oclusal do dente, mantendo durante 7 a 15 dias. No caso relatado a contenção foi do tipo semirrígida, utilizando fio de aço ortodôntico juntamente com resina fotopolimerizável, sendo removida com 20 dias (ALMEIDA *et al*, 2021; TSUKIBOSHI *et al*, 2019; JO ANDREASEN, 1975; YU *et al*, 2017).

A utilização de corticosteroides de forma preemptiva no procedimento realizado, foi baseada em evidências científicas relacionadas a uma revisão sistemática e meta-análise publicada por Almeida *et al.*, que investigou a eficácia dos corticosteróides no controle da dor, em cirurgias de terceiros molares. Segundo o estudo relatado, a administração de um corticosteróide no pré-operatório, foi mais

eficaz do que o seu uso no pós-operatório. O uso de corticosteróides apresentou resultados positivos em relação ao controle da dor, edema e trismo associados a remoção de terceiros molares. Nesse caso clínico, foi usada a dexametasona, na dose de 8 mg, sendo a preferência em corticoesteróides apresentando longa duração do seu efeito, por via oral, uma hora antes do procedimento, e a paciente apresentou um excelente pós-operatório, não tendo havido relato de edema, trismo e dor (ALMEIDA *et al*, 2019).

Embora existam alguns casos de insucesso durante o procedimento de transplante dentário, Verweij *et al.*, escreve em sua revisão sistemática, que as considerações mais importantes para o sucesso do autotransplante é a preservação das células saudáveis do ligamento periodontal e uma boa adaptação tecidual, esses fatores são influenciados pela cirurgia, que deve ser uma técnica atraumática, a experiência do cirurgião é importante, e o uso de medicamentos no pré e pós operatório para inibir a sintomatologia da dor e inflamação, esse caso apresentado evoluiu sem complicações (VERWEIJ *et al*, 2017).

A preservação do dente transplantado antes de ser inserido no alvéolo, é de suma importância para preservação do ligamento periodontal. O meio que o dente deve ser inserido é em meio úmido, o líquido deve ser rico em glicose, íons Mg e Ca. A literatura apresenta dois tipos mais comuns de meios fisiológicos, o ViaSpan e soluções salinas balanceadas de Hank. Essas soluções fisiológicas contém PH e osmolaridade compatíveis com as células do ligamento. Jo Andreasen *et al* (1999) em seu manual de traumatismo dentário aborda sobre dentes avulsionados, e o tratamento para esses são semelhantes para os dentes transplantados. Os autores defendem que os dentes avulsionados devem ser mantidos em meio de armazenamento fisiológico, e esses meios podem ser HBSS (solução salina balanceada de Hank), leite, soro fisiológico ou saliva. O IADT (2020) (Associação Internacional de Traumatologia Dentária), também cita o leite e HBSS (solução salina balanceada de Hank), como meios fisiológicos utilizados. Devido a praticidade, baixo custo e disponibilidade, foi utilizado no caso, para preservação do dente que seria transplantado, o soro fisiológico 0,9%, que se constitui em um meio de armazenamento mais utilizado nas cirurgias de transplantes dentários (PEIXOTO; MELO; SANTOS, 2013; ANDREASEN *et al*, 1999).

O acompanhamento após o transplante dentário é bastante discutido por diversos autores na literatura, e o paciente deve ser avaliado radiograficamente,

tomograficamente e clinicamente a longo prazo, pois existem algumas complicações que podem acontecer posteriormente, como reabsorção cervical, necessidade de tratamento endodôntico, reabsorção por substituição e até mesmo anquilose podem se desenvolver. Na literatura foi visto um tempo médio de acompanhamento entre 1 ano a 40 anos. A necessidade de acompanhamento através de exames radiográficos é imprescindível para uma avaliação mais adequada da reabsorção radicular, condição periodontal, lâmina dura, formação óssea, anquilose e também visualização do ápice do dente. Durante o acompanhamento da paciente, na consulta de 5 meses e 15 dias, o dente transplantado, ainda apresentava ápice aberto e com nova formação óssea, o ápice estava quase desenvolvido. Com 8 meses e 18 dias da realização do procedimento, na radiografia de acompanhamento, notou-se que o ápice do dente havia fechado, onde a raiz está completamente formada e ápice desenvolvido (ALMEIDA *et al*, 2021; YU HJ *et al*, 2017).

No acompanhamento de 1 ano após o procedimento, foi realizada uma radiografia onde percebeu-se formação de osso principalmente na distal do elemento dentário. Também foi feita uma tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor avaliação do dente transplantado, observou-se uma imagem sugestiva de reabsorção externa, porém a paciente permanece em acompanhamento e uma nova tomografia deverá ser realizada para avaliar se houve progressão e avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica para remoção de tecido de granulação, por esse motivo a importância do acompanhamento a longo prazo. Contudo, o dente permanece em função e com vitalidade (ALMEIDA *et al*, 2021; YU HJ *et al*, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante dentário autógeno é uma boa alternativa para substituição de um dente indicado para extração, com grandes taxas de sucesso, quando realizado de forma correta e planejada. Deve ser realizado com a compreensão total do paciente, juntamente com o seu comprometimento com os cuidados pós-operatórios.

O êxito do caso clínico demonstra que é possível realizar um transplante dental em um consultório odontológico, com anestesia local, provando que é um procedimento de baixo custo e pode promover a reabilitação oral de um ou mais dentes de um paciente. O dente 28 com ápice ainda em formação, contribui ainda mais para o sucesso do caso relatado, porém o acompanhamento do paciente a cada 6 meses é importante para melhor avaliação da progressão da reabsorção que foi evidenciada e também para acompanhamento da vitalidade do dente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREASEN JO. Efeito do período extra-alveolar e meios de armazenamento na cicatrização periodontal e pulpar após reimplante de incisivos permanentes maduros em macacos. *Int J Oral Surg* 1981;10:43–53

ALMEIDA, G. de C. et al. Transplante dental autógeno triplo: relato de caso clínico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo Fac.**, Camaragibe v.21, n.4, p. 14-19, out./dez. 2021

ALMEIDA, R. de A. C., et al. Efficacy of corticosteroids versus placebo in impacted third molar surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 48(1), 118–131, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.05.023>

AKHLEF et al. Autotransplante de dentes para a maxila anterior: uma revisão sistemática de sobrevivência e sucesso, apresentação estética e resultado relatado pelo paciente. *Dental Traumatology*, 34(1), 20-27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/edt.12379>

ATALA-ACEVEDO C., et al. Taxa de sucesso do autotransplante de dentes com ápice aberto: revisão sistemática e metanálise. *J Oral Maxillofac Surg* 2017; 75 : 35-50

AVILA-ORTIZ, G., et al. Efeito da preservação do rebordo alveolar após extração dentária: uma revisão sistemática e metanálise. **Revista de pesquisa odontológica**, v. 93, n. 10, pág. 950-958, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034514541127>

ALPAMNI K., et al. Prognóstico a longo prazo do autotransplante dentário: revisão sistemática e metanálise. *Clin Oral Investig* 2015; 19: 1157-1179. Disponível em: DOI: 10.1007/s00784-015-1473-9

BATISTA M. J, RIHS L. B, SOUSA M. L. R. Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Brazilian Oral Research* 2012; 26 (5):390-396. Disponível em: DOI:10.1590/s1806-83242012000500003

CARVALHO, N. B., et al. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.6, n.4, p. 17 - 22, outubro/dezembro 2006

COUSO-QUEIRUGA, E., et al. Post-extraction dimensional changes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*; 48(1), 126-144, 2021 DOI: 10.1111/jcpe.13390

CHUGH, A., et al. Autogenous tooth transplantation as a treatment option. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. 5(1), 87-92, 2012. [https://DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1142](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1142) DOI:10.5005/jp-journals-10005-1142

FERRAZ, N. G. G., et al. Perdas dentais no atendimento de clínicas de atenção básica. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** v. 16, n. 1, p. 19-27, jan. 2015.

HULTIN M, GUSTAFSSON A & KLINGE B. Long-term evaluation of osseointegrated dental implants in the treatment of partly edentulous patients. *J Clin Period.* 2000;27:12833 DOI: 10.1034/j.1600-051x.2000.027002128.x

HALE ML. Autogenous transplants. *oral Surg oral Med oral pathol* 1956; 9(1):76-83

YU HJ., et al. Autotransplantation of third molars with completely formed roots into surgically created sockets and fresh extraction sockets: a 10-year comparative study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 apr; 46(4):531-8.

GUPTA A., et al. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. *J Prosthodont.* 2019 Jun;28(5):526-535. doi: 10.1111/jopr.12792. Epub 2018 Mar 23

J. O. ANDREASEN et al. *Traumatic Dental Injuries: A Manual, Third Edition* © Flores Copenhagen, January 1999.

JO ANDREASEN., et al. Um estudo de longo prazo de 370 pré- autotransplantados. Parte II. Sobrevivência do dente e cicatrização pulpar após transplante, *European Journal of Orthodontics* , Volume 12, Issue 1, February 1990, Pages 14–24, <https://doi.org/10.1093/ejo/12.1.14>

JO ANDREASEN (1975) Cicatrização periodontal após reimplante de dentes humanos traumáticamente avulsionados: Avaliação por testes de mobilidade e radiografia, *Acta Odontologica Scandinavica*, 33:6, 325-335, DOI: 10.3109/00016357509004637

KRISTERSON L., ANDREASEN JO. Influence of root development on periodontal and pulpal healing after replantation of incisors in monkeys. *Int J Oral Surg.* 1984 Aug;13(4):313-23. doi: 10.1016/s0300-9785(84)80039-3

KASHBOUR et al . Experiências dos pacientes de tratamentos com implantes dentários: uma revisão de literatura dos principais estudos qualitativos. **Revista de Odontologia**, v. 43, n. 10, pág. 789-797, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2015.04.008>

KULLAR, A. S., MILLER, C. S. Are There Contraindications for Placing Dental Implants? *Dental Clinics of North America*, 63(3), 345–362, 2019. DOI: 10.1016/j.cden.2019.02.004

KAFUROU V., et al. Outcomes and prognostic factors that influence the success of tooth autotransplantation in children and adolescents. *Dent Traumatol.* 2017 Oct;33(5):393-399. doi: 10.1111/edt.12353. Epub 2017 Jul 14

LÓPEZ-PACHECO, A., et al. Socket seal surgery techniques in the esthetic zone: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Implant Dentistry*, 7(1), 2021.
<https://doi.org/10.1186/s40729-021-00294-2>

LEE D. J.; SAPONARO P. C. Management of Edentulous Patients. *Dent Clin North Am.* 2019 Apr;63(2):249-261. doi: 10.1016/j.cden.2018.11.006. Epub 2019 Jan 30.

MISCH, C.E. *Implante dentais contemporâneos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. (MISCH, 2009)

MIKAMI JR., et al. Transplante Dental Autógeno – Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-MaxiloFac.**, Camaragibe v.14, n.4, p. 51-58, 2014

MARTIN, K.; NATHWANI, S.; BUNYAN, R. Autotransplante de dentes: uma abordagem baseada em evidências. *Br Dent J* 224 , 861-864 (2018).
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.432>

SANTOS I. B; ESCUDEIRO E. P; MANDARINO S. C. A. Autotransplante dentário como ferramenta de tratamento para perdas precoces de molares. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.22, n.1, p. 43-48, jan./mar. 2022
Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS

MACIEL L. F. O., et al. Implantes dentários na reabilitação oral de pacientes com periodontite avançada: um relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.19, n.2, p. 41-44, abr./jun. 2019 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS

NORDENRAM G., et al. Tranæus S. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand.* 2013 May-Jul;71(3-4):937-51. doi: 10.3109/00016357.2012.734421. Epub 2012 Oct 29

NETO A. F.; CARREIRO A. F. P. RIZZATTI-BARBOSA C. M. A prótese parcial removível no contexto da odontologia. **Odontol. Clín.-Cient.** (Online) vol.10 no.2 Recife Abr./Jun. 2011

PALAURO J., et al (2021). Reabilitação protética-periodontal: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 10(7), 1022–1027.
<https://doi.org/10.21270/archi.v10i7.5277>

PARAGUASSU ÉBER C., et al. Qualidade de vida e satisfação em usuários de prótese total no estado do Amapá, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 27, p. e876, 18 jul. 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e876.2019>

PEIXOTO, A. C.; MELO, A. R.; SANTOS, A. R. Transplante dentário: atualização da literatura e relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.13, n.2, p. 75-80 , abr./jun. 2013

ROHOF C. M., et al. Autotransplantation of teeth with incomplete root formation: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018 May;22(4):1613-1624. doi: 10.1007/s00784-018-2408-z. Epub 2018 Mar 10, DOI: 10.1007/s00784-018-2408-z

SILVA DE MIRANDA, A. B., et al. Fatores associados ao não uso de prótese total inferior e seu impacto em idosos brasileiros. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 220–234, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3ID25371

SANTOS, F. D. B., et al. Coronectomia em terceiro molar superior – relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.21, n.3, p. 19-22, jul./set. 2021 *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS*

STUMBRAS A., et al. Alveolar Ridge Preservation after Tooth Extraction Using Different Bone Graft Materials and Autologous Platelet Concentrates: a Systematic Review. *J Oral Maxillofac Res.* 2019 Mar 31;10(1):e2. doi: 10.5037/jomr.2019.10102.

SOBRINHO, D. C.; COSTA, E. R.; PINHO, L. C. F. Reabilitação oral com prótese fixa livre de metal em dentes anteriores: uma revisão literária. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 1, 7 fev. 2020.

SUGIO, C. Y. C., et al. Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.40, n.2, p. 15-21, Maio/Agosto, 2019

TRAVASSOS, D. B., et al. Perfil das exodontias realizadas na Clínica de Cirurgia I do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v.9, n.1, p. 115 - 122, jan./mar. 2009

TSUKIBOSHI M. Autotransplantation of teeth: requirements for predictable success. *Dent Traumatol.* 2002 Aug;18(4):157-80. doi: 10.1034/j.1600-9657.2002.00118.x.

TSUKIBOSHI M.; YAMAUCHI N.; TSUKIBOSHI Y. Long-term outcomes of autotransplantation of teeth: A case series. *Dent Traumatol.* 2019 Dec;35(6):358-367. doi: 10.1111/edt.12495.

VERWEIJ JP., et al. Autotransplante de dentes usando prototipagem rápida assistida por computador de uma réplica tridimensional do dente doador: uma revisão sistemática da literatura, *Int J Oral Maxillofac Surg* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.>

VASCONCELOS, B.C.E., et al. Reimplante dental. *Rev. Cir. Traumat. Buco Maxilo-Facial*, v.1, n.2, p. 45-51, jul/dez - 2001

WARMELING M., et al. Transplante dentário autógeno: revisão de literatura e relato de caso clínico. *RFO UPF, Passo Fundo*, v. 24, n. 2, p. 273-278, maio/ago. 2019

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Amanda da Silva Gomes RG 8859449, declaro que fui informada quanto ao tratamento proposto para mim: exodontia do elemento dentário 26 por extensa lesão de cárie e sem possibilidade de reabilitação e autotransplante do terceiro molar incluso (dente 28) para ser colocado no alvéolo do dente 26 com o propósito de reabilitação da estética e função e fui informada também que este é um procedimento com evidência científica com 90% de sucesso. Tenho ciência dos seguintes riscos e intercorrências: hemorragia, infecção pós-operatória, alteração da sensibilidade, insucesso do tratamento, necessidade de endodontia do dente transplantado por perda de vitalidade pulpar e comunicação buccossinusal.

Além dos fatores acima, fui esclarecida que o tratamento apresenta a possibilidade de insucesso e, como todos os procedimentos de saúde, o resultado esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, além de outras variações de ordem local ou sistêmica.

Informo que relatei minha história de saúde geral e as doenças conhecidas por mim. Declaro, outrossim, com base no Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078 de 11/09/90, que além das possíveis intercorrências citadas acima, fui devidamente informada sobre os propósitos dos procedimentos. Fui orientada sobre as seguintes condições e cuidados pré e pós-operatórios necessários para pleno êxito do tratamento. Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações da cirurgiã-dentista e professora da instituição responsável pelo tratamento, Dra. Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida, CRO-PE 7445, telefone 81 9144-2695, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecendo pontualmente às consultas marcadas na instituição de ensino. Tenho ciência de que a cirurgiã-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do tratamento.

Recife, Data 28 / 05 / 2021

Amanda da Silva Gomes

Assinatura do paciente .

Renata de A. E. Almeida

Profa. Dra. Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida

