



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO
DOL – UFS

MARLON DIAS BARBOSA

AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO: uma alternativa reabilitadora de baixo custo

LAGARTO - SERGIPE

2019

MARLON DIAS BARBOSA

AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO: uma alternativa reabilitadora de baixo custo.

Trabalho apresentado ao curso de graduação da Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Paulo Henrique Luiz de Freitas

LAGARTO - SERGIPE

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que tenho alcançado e por ter me sustentado nos momentos difíceis.

Aos meus amigos da UFS pelos momentos compartilhados em especial: Robson, Bruna, Paula, Priscila, Kiara, Mariana, Laís e Ludmila (Minha parceira de clínica).

As políticas de cotas, que possibilitou que mais NEGROS e pessoas de baixa renda adentrassem nas Universidades Federais.

A assistência estudantil (PROEST e BOLSA PERMANÊNCIA), que possibilitou a minha permanência e demais colegas até o fim do curso.

Aos mestres por todo conhecimento compartilhado em especial ao Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas e Prof. Dr. Gustavo Almeida Souza pelas orientações dos meus trabalhos.

Aos servidores da UFS como um todo, pois eles são o complemento para o funcionamento dessa instituição de ensino.

Enfim, muito obrigado!!!

RESUMO

As perdas dentárias pelas doenças cárie e periodontal e pelos traumatismos dento-alveolares ainda são um grave problema de saúde pública no Brasil. Some-se a isso o fato de que o acesso à odontologia reabilitadora ainda não é uma realidade para muitos dos vários estratos sociais brasileiros. Não há dúvidas de que os implantes osseointegrados estão entre as melhores opções reabilitadoras por proverem eficiência mastigatória e estética muitas vezes semelhante às dos dentes naturais; por outro lado, sabe-se que os custos dessas reabilitações ainda são elevados. Assim, o autotransplante dentário - movimentação cirúrgica de um germe dental ou dente (vital ou tratado endodonticamente) do seu sítio anatômico original para outro na cavidade bucal - apresenta-se como uma alternativa reabilitadora de baixo custo para perdas unitárias, com taxas de sucesso entre 81% a 90%. O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de perda dentária unitária tratado por meio de autotransplante dentário na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto. Conclui-se que, respeitados os critérios cirúrgicos e biológicos, o autotransplante dentário apresenta taxas de sucesso elevadas e resultados funcionais e estéticos satisfatórios, evitando e prevenindo alterações oclusais.

Palavras-chave: Perda Dentária; Transplante Autólogo; Reabilitação Oral.

ABSTRACT

Dental losses due to caries, gum disease and tooth socket trauma are still a serious public health problem in Brazil, and access to modern dentistry through rehabilitation treatments is still a reality in all Brazilian social classes. Regarding oral rehabilitation, there is no doubt that osseointegrated implants are among the best options, because they provide masticatory and aesthetic efficiency close to natural teeth, as a negative point, it is known that the costs of these rehabilitations are still high. So, dental autotransplantation, which is a surgical movement of a vital tooth; or endodontically treated; or dental germ, usually a third molar, from its original place to another of the oral cavity, presents itself as another oral rehabilitation alternative, presents success rates of 81% to 90%, low cost, being an alternative to osseointegrated implants. The objective of this study is to present a clinical case of a patient treated with dental autotransplantation at the Federal University of Sergipe - Campus Lagarto. It is concluded that when the surgical, biological and patient health criteria are respected, dental autotransplantation presents high success rates, satisfactory functional and aesthetic results, avoiding and preventing occlusal alterations of the patients and becomes a low-cost rehabilitation alternative.

Key words: Tooth loss; Transplantation, Autologous; Mouth Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Foto clínica extra-oral.
- Figura 2 – Foto clínica. Destrução coronária do elemento 46.
- Figura 3 – Foto clínica. Resto radicular do elemento 36.
- Figura 4 - Radiografia panorâmica pré-operatória. Observam-se lesões periapicais nos elementos dentais 36 e 46, e a rizogênese incompleta do elemento dental 38 e 48.
- Figura 5 - Área receptora após a exodontia do elemento dental 46. Incisão de alívio/ relaxante e remoção do germe dental.
- Figura 6 - Recolocação no alvéolo com o mínimo de tempo, posicionando em infra-oclusão.
- Figura 7 – Paciente em oclusão e o dente em infra-oclusão.
- Figura 8 – Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon.
- Figura 9 – Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon.
- Figura 10 – Germe dental exposto ao ambiente externo para realização de desgastes interproximais.
- Figura 11 – Realização de desgaste das interproximais com ponta diamantada nº 3118.
- Figura 12 – Germe dental posicionado após desgaste e adaptação. Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon.
- Figura 13 –Pós-operatório de 07 dias do germe dental 48.
- Figura 14 – Pós-operatório de 2 meses e 09 dias do germe dental 48.
- Figura 15 – Pós-operatório de 04 meses do germe dental 48.
- Figura 16 – Radiografia panorâmica para avaliação radicular e óssea dos germes dentais 48 e 38.
- Figura 17 – Pós-operatório de 07 meses do germe dental 38.
- Figura 18 – Foto frontal com afastador labial.
- Figura 19 – Foto lateral do lado direito verificando a oclusão do germe dental 48 com os dentes antagonistas.

Figura 20 – Verificação da face oclusal do germe dental 48 e dentes adjacentes.

Figura 21 – Foto lateral do lado esquerdo verificando a oclusão do germe dental 38 com os dentes antagonistas.

Figura 22 – Verificação da face oclusal do germe dental 38 e dentes adjacentes

Figura 23 – Pós-operatório de 1 ano e 6 meses do germe dental 48.

Figura 24 – Pós-operatório de 1 ano e 2 meses do germe dental 38.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVO.....	11
RELATO DE CASO.....	12
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
LISTA DE FIGURAS	23
APÊNDICE	28
Apêndice A.....	28
Apêndice B.....	29
Apêndice C	31

INTRODUÇÃO

A doença cária associada a má higiene bucal ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Mesmo com o amplo acesso a serviços odontológicos nas últimas décadas as precoces perdas dentárias ainda é uma realidade. Somado a isso, o acesso à odontologia moderna através de tratamentos reabilitadores, ainda não é uma realidade para todos os estratos de nossa população, o que faz com que o edentulismo seja um problema comum (FREIRE, 2013). No que diz respeito às reabilitações bucais, não há dúvidas de que os implantes osseointegrados estão entre as melhores opções, pois promovem eficiência mastigatória e estética semelhante às dos dentes naturais. Por outro lado, os custos com as reabilitações implanto-suportadas ainda são elevados (FAVERANI, 2011).

Levando em conta os aspectos financeiros e verificadas as taxas de sucesso entre 81% a 90%, os autotransplantes dentários ainda possuem espaço na Odontologia atual, principalmente em serviços odontológicos vinculados ao Sistema único de Saúde (SUS) e seus espaços complementares como as clínicas odontológicas de universidades públicas (KVINT, 2010). O autotransplante dentário é a movimentação cirúrgica de um dente vital, tratado endodonticamente ou de um germe dental de seu sítio anatômico original para outro na cavidade bucal. Os primeiros relatos da técnica ocorreram em 1050, com o cirurgião árabe Albucasis e posteriormente relatado por Ambroise-Paré em 1564 (Pires, M. S. M. et al., 2002, APUD Pagliarin, 2006).

Em seu estudo retrospectivo longitudinal, Santiago (2012) mostra que, apesar de existir prognóstico duvidoso, os casos de autotransplante incluídos apresentaram taxas de sucesso e sobrevivência elevadas (78% a 100%). Assim, havendo conhecimento para execução da técnica e os requisitos biológicos necessários (idade do paciente e espaço da área receptora, fundamentalmente), o tratamento da perda dentária unitária por autotransplante é uma opção válida.

Além dos benefícios e taxas de sucesso elevadas, a técnica pode ser indicada a pacientes que não aceitam receber implantes dentários, seja por possuírem alergia ao titânio ou por fobia ao procedimento de instalação de implantes. Com taxas de sucesso comparáveis aos implantes, o aperfeiçoamento da

técnica de autotransplante demonstra-se importante, particularmente no Brasil, para evitar alterações oclusais decorrentes do edentulismo parcial em crianças e adolescentes. Alguns pesquisadores (MARZOLA, 2008 e PEIXOTO; MELO; SANTOS, 2013) chamam o autotransplante de “prótese biológica”, desde que seguidas às etapas clínico-cirúrgicas necessárias para o sucesso do procedimento.

Diante do exposto, o presente trabalho apresenta um relato de caso de autotransplante dentário dando enfoque à técnica cirúrgica, aos cuidados pós-operatórios, à proservação clínica e seus benefícios e relevância como uma técnica reabilitadora de baixo custo.

OBJETIVO

O objetivo geral do presente trabalho é apresentar um caso clínico de uma paciente tratada com o autotransplante dentário na Clínica-Escola da Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto e como objetivos específicos demonstrar os materiais e a técnica cirúrgica utilizada, relatar os cuidados pós-operatórios e acompanhar a proservação clínica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 12 anos, compareceu à Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS – Campus Lagarto), queixando-se de odontalgia. Durante a anamnese, não referiu doenças de base, hábitos ou vícios e negou alergias medicamentosas. No exame extra-oral, não foram detectadas anormalidades, aumentos de volume ou assimetrias (**Fig. 1**). Ao exame intra-oral, evidenciou-se que os elementos dentais 46 e 36 apresentavam destruições coronárias extensas decorrentes de processo carioso (**Fig. 2 e 3**). Radiograficamente evidenciava-se presença de lesão periapical nas unidades supracitadas e germes dentários das unidades 18, 28, 38 e 48 no estágio 6 de Nolla (NOLLA, 1960) (**Fig. 4**).

Devido ao grau de destruição coronária das unidades 36 e 46, foi proposto à responsável as seguintes opções de tratamento: 1) Exodontia das unidades 36 e 46, instalação de mantenedor de espaço e futura reabilitação protética ou implanto-protética (ressalta-se que, no contexto da instituição, não havia garantia de realização de tal tratamento reabilitador); 2) Exodontia das unidades 36 e 46, autotransplante dentário das unidades 38 e 48 para alvéolos frescos das unidades 36 e 46, respectivamente, e contenção estável em mesma sessão.

A paciente recebeu explicações sobre a utilização do mantenedor de espaço, opção que traz vantagens como evitar a inclinação de dentes adjacentes, manter o correto contorno da arcada e prevenir alterações nas articulações temporomandibular (ATM). Por outro lado, o tratamento é contraindicado em paciente pouco colaborativo se maus higienizadores, visto que o aparelho é elemento retentivo de biofilme (CARDOSO, 2015). Ainda que as reabilitações protéticas e implanto-protéticas tenham elevadas taxas de sucessos (FAVERANI, 2011), as desvantagens para o caso são a ausência da prestação destes serviços pela instituição e a falta de recursos financeiros da paciente para realizá-los em clínica privada. Dessa forma, optamos conjuntamente com a paciente e sua responsável pela realização das exodontias e autotransplantes dentários. Antes de iniciar o tratamento, a paciente assinou um termo de assentimento e sua mãe um termo de consentimento livre esclarecido acerca da opção de tratamento escolhido e liberando a documentação e divulgação das imagens para fins acadêmicos. **(Apêndice A, B e C)**

O procedimento foi realizado em duas sessões. Em cada uma delas, o regime terapêutico pré-operatório foi o mesmo, como se segue: 1g de Amoxicilina, 4mg de Dexametasona; 500mg de Dipirona por via oral e bochechos de Digluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, iniciando no dia anterior à cirurgia.

Primeiro momento cirúrgico, ocorreu a exodontia do elemento 46 e autotransplante dentário do germe do 48 para o alvéolo do 46. O procedimento está detalhado abaixo:

1. Anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior, lingual e bucal do lado direito;
2. Incisão na região retromolar direita com extensão intra-sucular até a papila mesial do dente 46, descolamento mucoperiosteal para exposição da região do terceiro molar incluso e toda tábuas vestibular da região;
3. Exodontia do resto radicular usando extractores, curetagem da região periapical do alvéolo, remoção de debríis cirúrgicos, verificação da preservação das tábuas ósseas vestibular e lingual do alvéolo receptor;
4. Ostectomia na região oclusal do elemento 48 (região doadora), com instrumento rotatório (broca 701) e abundante irrigação com soro fisiológico (**Fig. 5**);
5. Remoção cuidadosa do germe dental, evitando-se manipulação na região radicular, adaptação ao novo alvéolo e teste dos contatos oclusais (**Fig. 6 e 7**);
6. Sutura do acesso cirúrgico e contenção do germe dental com sutura em “X”, usando-se fio de Náilon 4-0 monofilamentado (**Fig. 8 e 9**).

Segundo momento cirúrgico, transcorreu o transplante dental do germe dental 38 para o alvéolo do dente 36. Essa sessão ocorreu quatro meses após a primeira, como descrito abaixo:

1. Anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior, lingual e bucal do lado esquerdo;
2. Remoção do resto radicular, preparo do alvéolo, além de curetagem da região periapical do alvéolo, preservando-se as tábuas ósseas vestibular e lingual;
3. Incisão de alívio, iniciada na mesial da região do primeiro molar e uma relaxante até a área doadora;

4. Ostectomia na região oclusal do elemento 38 (região doadora), com instrumento rotatório (broca 701 e Zekrya) e abundante irrigação com soro fisiológico;
5. Remoção cuidadosa do germe dental, evitando manejo na região de formação das raízes (**Fig. 10**);
6. Houve a necessidade de um pequeno desgaste nas interproximais com uma ponta diamantada nº 3118 em alta rotação para que o germe dental fosse adaptado ao alvéolo receptor (**Fig. 11**);
7. Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon 4-0 monofilamentado e sua recolocação no alvéolo com o mínimo de tempo, posicionando em infra-oclusão (**Fig. 12**).

As medicações pós-operatórias prescrita nas duas sessões foram nimesulida 100 mg (um comprimido de 12/12h, por três dias) e dipirona sódica 500 mg (um comprimido de 6/6h, por três dias, se houvesse dor) por via oral, manutenção dos bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% (de 12/12h, por sete dias).

Como conduta pós-operatória nas duas sessões, a paciente foi orientada a 1) morder firmemente uma compressa de gaze por 30 minutos, 2) evitar esforço físico, exposição ao sol e alimentos quentes, 3) manter dieta líquida ou pastosa e fria por 48h após as intervenções cirúrgicas, 4) seguir rigorosamente os horários das medicações prescritas, 5) descansar e dormir com a cabeça mais elevada, 6) escovar de forma cuidadosa os dentes, língua e nas regiões operadas, 7) fazer compressas de gelo no lado externo do rosto nas primeiras 24 horas e 8) aplicar vaselina líquida ou cremes protetores nos lábios.

Após 1^a sessão, a paciente compareceu aos sete dias para remoção das suturas e avaliação clínica. Verificou-se que o germe dental estava sem sinais de infecção, com discreta mobilidade e vestibularização em relação à posição de implantação. Sendo assim, foi realizada uma contenção com fio de amarrilho com resina composta e exame radiográfico (**Fig. 13**).

Após 2 meses e 9 dias da realização da primeira cirurgia, a paciente compareceu para uma reavaliação e após exame radiográfico foi constatado que o germe dental transplantado apresentava crescimento radicular, sem mobilidade e sem sinais de infecção (**Fig. 14**). No quarto mês pós-operatório, a paciente foi

reavaliada e após exame radiográfico constatou-se que o germe dental transplantado avançou no seu crescimento radicular e continuava sem mobilidade e sem sinais de infecção (**Fig. 15**). Além disso, foi marcada a data para realização do transplante dental do germe 38 para região do elemento 36.

Após sete meses da realização do transplante do germe 38, a paciente retornou ainda com a sutura do segundo sítio cirúrgico em posição. O germe dental apresentava mobilidade, mas sem sinais de infecção. A sutura foi removida e radiografia panorâmica (**Fig. 16**) e radiografia periapical do germe dental 38/36(**Fig. 17**) foram realizadas. Decidiu-se pela manutenção dos germes em sua posição.

Por contato telefônico, a paciente relatou que estava com sintomatologia no germe dental 38/36. Dessa forma, agendou-se uma consulta na qual verificou-se ausência de mobilidade dos germes dentais, com discreto deslocamento para vestibular e sem sinais de infecções. Entretanto, existiam sulcos escurecidos e lesões de cárie oclusais nos dentes 37 e 47 já verificados na consulta inicial. Portanto, a paciente foi encaminhada para a disciplina de Dentística na própria Clínica-Escola para avaliação e conduta restauradora. Além disso, realizaram-se fotos clínicas intraorais e exames radiográficos periapicais para avaliação dos aspectos estéticos, funcionais e registro do seu tempo de proservação do germe dental 48(01 ano e 06 meses) e do germe dental 38 (01ano e 02 meses) (**Fig. 18 a 24**).

DISCUSSÃO

Em se tratando de autotransplante dentário, a transposição do terceiro molar para o alvéolo de um primeiro ou segundo molar com destruição coronária por cárie é a situação clínica mais frequentemente realizada. Entretanto, esse tipo de tratamento também é indicado para casos de agenesias, traumas e pacientes que não tenham recursos para arcar com outros procedimentos reabilitadores como implantes osseointegráveis e próteses fixas. De fato, os dentes transplantados possuem uma capacidade adaptativa superior a outros tratamentos, visto que há preservação do osso alveolar e, em muitos casos, da vitalidade do germe transplantado. Além disso, o dente transplantado costuma ser plenamente funcional, sendo inclusive passível de movimentação ortodôntica (BARROS et al., 2012).

A indicação para o autotransplante dental no caso relatado deu-se por uma associação de fatores como 1) destruições coronárias extensas das unidades 36 e 46, sem possibilidade de tratamento conservador, 2) presença de lesões infecciosoinflamatórias na região periapical e periodontal, 3) germes dentais das unidades 38 e 48 no estágio 6 de NOLLA e indisponibilidade financeira para reabilitação protética ou implanto-prótesica. Na avaliação pré-operatória, foi verificada a saúde sistêmica da paciente, a condição razoável de higiene bucal, e o nível de entendimento compatível com a necessidade de colaboração pós-operatória.

A fase de rizogênese ideal para a realização do autotransplante dental ainda não está bem consolidada na literatura. Marzola et al. (2008) defende que o germe dental esteja entre os estágios 7 e 8 de Nolla, com cerca de 2/3 a ¾ da raiz formada. Esse autor enfatiza que o crescimento radicular após o procedimento gira em torno de 2mm, com grandes taxas de sucesso na revascularização pulpar. Já Andreasen (1992) aponta que a idade ideal esteja entre 15 anos e 2 meses e 17 anos e 4 meses para que o germe dental tenha no máximo 2/3 de formação radicular. No caso em tela, demonstramos uma situação de sucesso com dentes transplantados no estágio 6 de Nolla.

Os procedimentos cirúrgicos foram planejados de forma a incluir a realização da anestesia regional dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal, complementadas por punções infiltrativas para melhor conforto da paciente. Marzola (2017) preconiza anestesias profundas para evitar a interrupção da cirurgia.

A diérese foi realizada com lâmina de bisturi nº 15 na região retromolar com extensão intra-sucular até a papila mesial do dente comprometido e elevação de retalho mucoperiosteal para exposição da região do terceiro molar incluso e de toda tábua vestibular da região. Com o auxílio de um afastador Minesotta a região óssea onde estava localizado o germe dental foi exposta para a realização da osteoectomia necessária. Apesar de alguns autores (Marzolla, 2017 e Conci, 2011) preconizarem a utilização da broca nº161 para realizar o desgaste ósseo, no caso descrito, foram utilizadas duas brocas cirúrgicas diferentes: a tronco-cônica nº 701 e Zekrya sob abundante irrigação com soro fisiológico. Na primeira sessão apenas a nº 701 foi necessária, mas na segunda sessão foram utilizadas as duas disponíveis, pois além de realizar todo o contorno ao redor da região do germe dental houve a necessidade de ampliação maior da loja cirúrgica para que o germe dental não sofresse nenhum tipo de lesão.

Tendo como base seus 60 anos de experiência com autotransplantes, Marzolla (2017) relata que o momento mais importante do procedimento é a extração do germe dental do seu local original e a sua recolocação no alvéolo receptor. É fundamental que o elemento transplantado não seja excessivamente traumatizado, devendo ser extraído com elevadores retos em ação de sarilho para que apenas a coroa, nunca a raiz, seja tocada. A raiz, por estar em formação, é fundamental para a revascularização pulpar. O mesmo autor ainda sugere que o procedimento seja interrompido após a exposição do germe para que se extraia o dente comprometido e o alvéolo receptor seja limpo; só então o germe é removido de forma a permanecer o mínimo de tempo possível fora do alvéolo original (ANDREASEN, 1992)

Os passos citados não foram obedecidos à risca durante a realização do caso. Na primeira sessão, o dente comprometido foi removido, seguido da remoção do germe dental e reposicionamento no alvéolo receptor. Mesmo com a sequência alternativa, o ato cirúrgico foi bem-sucedido. A mesma sequência foi executada na segunda sessão, somando-se à realização de pequenos desgastes interproximais no germe dental para acomodação no espaço disponível no alvéolo receptor. Para esses desgastes, foi utilizada uma caneta de alta-rotação e uma ponta diamantada nº 3118 sob constante irrigação com soro fisiológico. Mesmo com essa complementação indesejada, a cirurgia foi classificada como bem-sucedida, pois o germe apresentou vitalidade e estabilidade periodontal ao último controle clínico.

Outro aspecto importante é o da estabilização do dente transplantado no alvéolo receptor. John Hunter (1778), em seu livro “The natural history of the human teeth”, comprovou a união do dente ao seu novo alvéolo, restabelecendo sua nutrição através dos vasos sanguíneos do novo local. Assim, sua fixação deve ocorrer numa situação de bom posicionamento no arco de forma que os estímulos funcionais possam favorecer o restabelecimento da vitalidade pulpar e do ligamento periodontal. Perreira (2010) menciona que diversos autores relacionam a falta de funcionalidade do dente transplantado a casos de anquilose, e que fixações rígidas estariam associadas à falta de vitalidade pulpar por inexistências de pequenos movimentos para estimular a formação de novos vasos sanguíneos e sua conexão com o germe dental. Bauss et al. apud Perreira (2010) compara a estabilização com fio de sutura e contenção rígida durante quatro semanas, mostrando que a taxa de sucesso da contenção semi-rígida foi de 92,9% e a contenção rígida de 73,5%. Num dos lados do caso apresentado, adotamos o protocolo descrito na literatura com realização de sutura em “X”; no entanto, no retorno após uma semana, verificamos discreta mobilidade e optamos, portanto, pela realização de contenção com fio de amarrilho e resina que, segundo a paciente, “caiu” depois de alguns dias. Apesar dessa intercorrência, dois meses após o procedimento cirúrgico não verificamos mobilidade. Na segunda sessão de transplante, lançamos mão de sutura somente, sem verificarmos resultado indesejado sete meses após o procedimento.

Segundo Consolaro et al. (2008), características do alvéolo residual como dimensões verticais e horizontais dependem da regeneração e da resposta biológica do leito receptor. Ao serem acomodados nos leitos receptores, os dentes transplantados e reimplantados não têm como se reconectar imediatamente à circulação sanguínea, o que pode demorar ao menos algumas longas horas. Teixeira apud Acasigua (2017) menciona que, para avaliar a capacidade de revascularização pulpar, a amplitude e a distância da câmara pulpar ao ápice radicular devem ser levadas em conta. Por isso, os protocolos adotados no caso relatado não dificultaram a revitalização pulpar ou a fixação do germe dental, uma vez que, ao fixar-se o dente transplantado abaixo da linha de oclusão, a câmara pulpar permanece em posição adequada e local adequado, diminuindo a distância até a base óssea para conexão a novos vasos sanguíneos, estimulando seu crescimento radicular e a reconstrução do ligamento periodontal.

Sabe-se que a proservação deve ser conduzida, nos pós-operatório imediato, com visitas frequentes que incluem acompanhamento clínico e radiográfico, pois as primeiras semanas críticas para a sobrevivência do germe dental em seu novo local. A literatura diverge sobre o protocolo de acompanhamento, o que dificultou determinar uma sequência cronológica para tanto. Uma das distinções entre os protocolos de acompanhamento tem relação com o teste de mobilidade dental do germe 48 - um dos primeiros testes que caracteriza que o sucesso do procedimento. Giancristófaro (2009) e Conci (2011) consideram que tal teste só deve ser realizado a partir do segundo mês após o procedimento, mas no caso aqui relatado o teste ocorreu uma semana depois do transplante; mesmo assim, não houve nenhum tipo de comprometimento da estabilidade do dente transplantado. Na segunda sessão, o teste só foi realizado após 7 meses, constatando-se também a ausência de mobilidade do dente transplantado.

A proservação deve ser conduzida com exames clínicos (testes de vitalidade pulpar do germe dental, verificação de mobilidade e sinais de infecções e verificação da relação oclusal com os dentes adjacentes) associados a avaliações radiográficas periapicais para visualizar a formação óssea alveolar e o crescimento radicular. Assim, consideramos bem sucedidos os casos aqui relatados, pois os germes dentais já contêm todos os critérios necessários para serem considerados funcionais.

CONCLUSÃO

O autotransplante dentário, apesar de não ser a primeira escolha para reabilitação de perdas dentais, apresenta-se como uma alternativa reabilitadora de baixo custo, desde que convirjam os seguintes requisitos: análise completa da saúde do paciente, técnica profissional adequada e colaboração do paciente. Portanto, quando indicada corretamente, as taxas de sucesso dessa técnica são elevadas, prevenindo-se assim eventuais problemas oclusais e devolvendo funcionalidade e estética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACASIGUA, G. A. X.; **Autotransplante dentário: uma revisão da literatura.** Univ. Fed. do Rio Gran.do Sul. Facul. de Odont. Progr. de Pós-Grad. – Nível Espec. Porto Alegre, 2017.
- ANDREASEN, J. O. - **Atlas of replantation and transplantation of teeth.** Switzerland, Medi Globe Ed. 1992.
- BARROS, M. G. L. de. **Movimentação dentária induzida em dentes autotransplantados.** Rev. Bras. de Pes. em Saúde 2012; 14(3): 38-44
- BISPO, L. B.; SHITSUKA C. D. W. M. **Uso de implantes angulados na reabilitação oral: planejamento reverso.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2017; 29(2): 174-83,mai-ago.
- CALEB, R.; FREITAS XAVIER, M. V. C.; Ramos De Ataídes, P. S. **Transplante autógeno dentário – Relato de caso clínico.** Rev. Odont. (ATO), Bauru, SP., v. 16, n. 11, p. 1014-1030, nov., 2016.
- CARDOSO, G. S. M.; **MANTENEDORES DE ESPAÇO – IMPORTÂNCIA DE MANTER O ESPAÇO DE UM DENTE PERDIDO PREMATURAMENTE.** Univ. Fern. Pessoa., Facul. de Ciên. da Saúde; Porto, 2015.
- CONCI, R. A. et al. **Transplante dental – relato de caso clínico.** RFO UPF vol.16 nº.3 Paso Fundo Set./Dez 2011.
- CONSOLARO, A. et al. **Transplantes dentários autógenos: uma solução para casos ortodônticos e uma casuística brasileira.** Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial vol.13 nº.2 Maringá Mar.\Apr. 2008.
- CORREIO, D. S. R. et al. **AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO: uma opção reabilitadora e viável ao SUS.** Rev. Bahiana de Odont.. Abr;6(1):47-51. 2015.
- FAVERANI, L. P. et al. **Implantes osseointegrados: evolução sucesso.** Salusvita, Bauru, v.30, n. 1, p. 47-58, 2011.
- FREIRE, M. C. M. et al. **Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileira de 12 anos em 2010.** Rev. Sal. Publ. 2013.
- GIANCRISTÓFARO, et al. **Transplante dental: Revisão da Literatura e Relato de Caso.** Rev. de Odont. da Univ. Cid. de SP, 2009. jan-abr; 21(1): 74-8
- HUNTER, J.; COMBE, W. **The natural history of the human teeth...** LONDON, Printed for J. Johnson, N°. 72, St. Paul's Church- Yard. 1778 (MDCCLXXVIII).
- JODAS, et al. C. R. P.; **Transplante dental bilateral: relato de caso clínico com acompanhamento de 9 anos.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2012;66(1):30-5
- KVINT, S. et al. **Autotransplantation of teeth in 215 patients. A follow-up study.** AngleOrthod. 2010 May;80(3):446-51.

- MARZOLA, C.; **Transplantes autógenos de germes de terceiros molares – Relato de casos clínico cirúrgicos após 60 anos de realizações.** Rev. Odont. (ATO), Bauru, SP., v. 17, n. 1, p. 75-99, jan. 2017.
- MIKAMI, J. R. et al. **Transplante Dental Autógeno – Relato de caso.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.4, p. 51-58, out./dez. 2014.
- NOLLA, C. M.; **The development of the permanent teeth.** J. Dent. Child. Cleveland, 27 (4): 254-266, Oct-Dec. 1960.
- PAGLIARIN, F. de O. et al. **Transplante dentário autógeno: apresentação de dois casos.** Clin. Pesq. Odontol., Curitiba, v.2, n.3, p. 231-240, jan/mar. 2006.
- PARREIRA, A. R. C. B. M.; **Autotransplante do terceiro molar.** Univer. de Med. Dent. do porto. Porto, 2010.
- PINHEIRO, T. N.; **Avaliação da influência de fatores clínicos e radiográficos como preditivos no índice de sucesso de 144 transplantes dentários autógenos.** Univ. de São Paulo. Facul. De Odont. De Bauru. 2009.
- RICHARDSON, R.; **Human dissection and organ donation: a historical and social background.** Mortality, Vol. 11, No. 2, May 2006.
- SANTIAGO, E. F. A.; **Avaliação Retrospectiva Longitudinal de Autotransplantes Dentários.** Facul. de Med. Dent. da Univ. do Porto, 2011/2012.
- SEBBEN, G.; CASTILHOS, M. D. S.; SILVA, R. F. DE C.; **Transplantes autógenos de terceiros molares inclusos.** Rev. da ADPPUCRS. Porto Alegre, nº. 5, p. 111-109, dez. 2004.
- SILVA, M. H. C. et al. **Autotransplantation of a Mandibular Third Molar: A case Report with 5 Years of Follow-up.** Braz. Dent. J. [online]. 2013, vol.24, n.3, pp. 289-294.
- SOBREIRA, T. et al. **TRANSPLANTE DENTÁRIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA.** Artigo 04. ANO III - Nº 8 – FEV./2012

LISTA DE FIGURAS



Figura 1 – Foto clínica extra-oral.



Figura 2 – Foto clínica. Destrução coronária do elemento 46



Figura 3 – Foto clínica. Resto radicular do elemento 36



Figura 4 - Radiografia panorâmica pré-operatória. Observam-se lesões periapicais nos elementos dentais 36 e 46, e a rizogênese incompleta do elemento dental 38 e 48.



Figura 5 - Área receptora após a exodontia do elemento dental 46. Incisão de alívio/ relaxante e remoção do germe dental.



Figura 6 - Recolocação no alvéolo com o mínimo de tempo, posicionando em infra-oclusão



Figura 7 – Paciente em oclusão e o dente em infra-oclusão



Figura 8 – Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon



Figura 9 – Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon

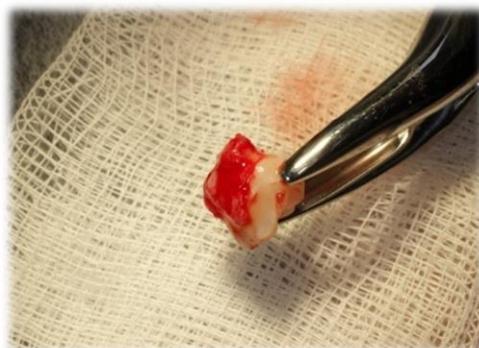


Figura 10 – Germe dental exposto ao ambiente externo para realização de desgastes interproximais



Figura 11 – Realização de desgaste das interproximais com ponta diamantada nº 3118



Figura 12 – Germe dental posicionado após desgaste e adaptação. Sutura do saco pericoronário e gengiva na região retromolar, papilas e contenção do germe dental com fio de Náilon.



Figura 13 – Pós-operatório de 07 dias do germe dental 48

Figura 14 – Pós-operatório de 02 meses e 9 dias do germe dental 48



Figura 15 – Pós-operatório de 04 meses do germe dental 48



Figura 16 – Radiografia panorâmica para avaliação radicular e óssea dos germes dentais 48 e 38.

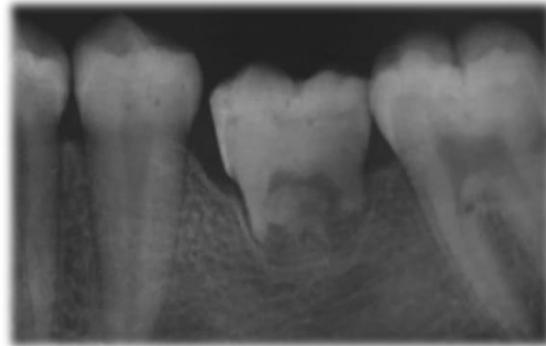


Figura 17 – Pós-operatório de 07 meses do germe dental 38



Figura 18 – Foto frontal com afastador labial



Figura 19 – Foto lateral do lado direito verificando a oclusão do germe dental 48 com os dentes antagonistas



Figura 20 – Verificação da face oclusal do germe dental 48 e dentes adjacentes



Figura 21 – Foto lateral do lado esquerdo verificando a oclusão do germe dental 38 com os dentes antagonistas



Figura 22 – Verificação da face oclusal do germe dental 38 e dentes adjacentes



Figura 23 – Pós-operatório de 1 ano e 6 meses do germe dental 48



Figura 24 – Pós-operatório de 1 ano e 2 meses do germe dental 38

APÊNDICE

Apêndice A – Documento de autorização para divulgação científica



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

ODONTO

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Paciente: _____ Prontuário: _____

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, _____

portador(a) do documento de identidade RG: _____, residente à _____,

autorizo a utilização das informações relacionadas ao caso clínico e das imagens obtidas do menor sob minha responsabilidade para fins acadêmicos em aulas, congressos assim como divulgação por meio de revista científica para melhor conhecimento do tema. Tenho assegurado dos responsáveis pelo tratamento, o sigilo absoluto com relação às demais informações sobre o paciente, não diretamente relacionadas ao caso clínico, bem como a preservação de sua identidade. Estou consciente que a divulgação científica é muito importante, podendo melhorar a saúde de mais pessoas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lagarto, _____ / _____ / _____

Nome do Responsável pelo Paciente: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE - B

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (Início de atendimento clínico, anamnese, planejamento e execução de tratamento)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

ODONTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Início do Atendimento Clínico, Anamnese, Planejamento e Execução de Tratamento

Para satisfação dos Direitos do(a) paciente, como instrumento favorecedor do uso correto dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e em cumprimento da legislação aplicável, por este assinado, Eu, _____, portador(a) do documento de identidade RG: _____, residente à _____,

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE _____

Prontuário nº _____, dou pleno consentimento ao Departamento de Odontologia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos, devidamente autorizados, realizarem a anamnese, o diagnóstico, o planejamento e o tratamento odontológico no menor pelo qual sou responsável, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, onde livre e voluntariamente declaro-me suficientemente esclarecido(a) sobre as seguintes informações:

- Fui informado da necessidade de responder, falando a verdade, às perguntas sobre a saúde do paciente pelo qual sou responsável e dados pessoais (Anamnese) porque essas informações são muito importantes para a saúde do paciente pelo qual sou responsável bem como sua segurança durante o tratamento odontológico e declaro que respondi o que me foi perguntado de livre e espontânea vontade.
- Declaro que as informações são verdadeiras e que respondi tudo que é de meu conhecimento, inclusive o que não foi perguntado diretamente.
- Declaro, também, que entendi todas as perguntas que me foram feitas, permitindo-me respondê-las com sinceridade após ter recebido todas as explicações necessárias do profissional.
- Tenho consciência de que a não informação de algum dado específico de saúde poderá trazer dificuldades durante o tratamento odontológico, bem como colocar em risco a saúde do paciente pelo qual sou responsável e a de toda a equipe envolvida.
- Comprometo-me a informar ao profissional responsável qualquer dado novo com relação à saúde do paciente pelo qual sou responsável, bem como qualquer alteração nos dados fornecidos na Anamnese realizada neste dia, ou quando da ocorrência de novos fatos na saúde do paciente pelo qual sou responsável (ex: novos medicamentos, novos tratamentos, alguma doença, etc.).
- O diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento realizados no paciente pelo qual sou responsável, de acordo com os conhecimentos no campo da Odontologia, poderão ser realizados por professores e alunos autorizados, com o objetivo de recuperar saúde bucal, ensinar e demonstrar os procedimentos para estudantes e profissionais de Odontologia.
- Fui informado(a) que a realização do diagnóstico é necessária para a elaboração do plano de tratamento. Entretanto, estou ciente que o paciente pelo qual sou responsável receberá o tratamento que compreende procedimentos possíveis de serem realizados por alunos de graduação. Sei também que os procedimentos de maior complexidade poderão ser realizados por profissionais (já formados) e que poderei ser encaminhado(a) e atendido(a) em um curso de extensão, especialização ou pós-graduação, quando existentes, se meu caso clínico estiver dentro do perfil do referido curso e quando houver vaga.
- Uma vez estabelecidas as condições de tratamento, esse somente será realizado depois que eu receber todas as informações necessárias sobre os procedimentos.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

ODONTO

- Os custos com despesas de transporte e alimentação, quando necessários, serão de minha responsabilidade.
- Os exames necessários serão realizados após a explicação dos objetivos, benefícios e riscos que esses exames possam desencadear, uma vez entendidas as explicações, eu serei responsável pela supervisão das orientações dadas pelos profissionais que irão atender o paciente pelo qual sou responsável.
- As radiografias, fotografias, modelos, desenhos e informações relacionadas a tratamento odontológico do paciente pelo qual sou responsável (ex: questionamentos feitos pelo profissional, resultados de exames), e quaisquer outras informações do planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, poderão ser usadas para fins de ensino (aulas e palestras para alunos e profissionais).
- Existe a possibilidade do paciente pelo qual sou responsável faltar em duas consultas ao longo do período necessário para o diagnóstico e/ou tratamento, desde que essas faltas sejam justificadas. Duas faltas consecutivas não justificadas causarão a perda do direito de tratamento. Casos excepcionais serão avaliados pelo corpo docente da disciplina.
- O cancelamento de consultas por parte da Universidade será realizado com antecedência, sempre que possível.
- Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre todas as possibilidades de tratamento e sobre os objetivos e riscos que cada um deles apresenta;
- Fui esclarecido(a) sobre todas as etapas que envolvem a realização e finalização do tratamento;
- Aceito e autorizo a realização do tratamento descrito e comprometo-me a cumprir e fazer cumprir as orientações da equipe odontológica;
- Fui informado(a) e esclarecido(a) quanto ao tempo necessário para desenvolvimento e finalização do tratamento, podendo esse ter alguns atrasos em função do aprendizado dos alunos e acúmulos de trabalhos laboratoriais ou de problemas técnicos.
- Entendi todas as informações que me foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas.

Depois de recebidas essas informações, declaro que concordo de livre e espontânea vontade, em dar meu consentimento à Universidade Federal de Sergipe, situada à Avenida Governador Marcelo Déda, nº 13, Centro, Lagarto/SE, para a realização do diagnóstico, planejamento de tratamento e acompanhamento do caso clínico do paciente pelo qual sou responsável. Entretanto, deixo claro que esse consentimento poderá ser revogado por mim a qualquer momento e antes da realização dos procedimentos.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lagarto, ____ / ____ / ____

Nome do Responsável pelo Paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do Profissional Responsável: _____

Assinatura: _____

Nome do Aluno: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE

Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido (Utilização de técnicas para restrição de movimentos inapropriados)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

ODONTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Utilização de Técnicas para Restrição de Movimentos Inapropriados

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, _____

portador(a) do documento de identidade RG: _____, residente à _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE _____

Prontuário nº: _____, declaro que:

- Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre a necessidade de utilização de técnicas para restrição de movimentos inapropriados e sobre os objetivos e riscos que cada uma delas apresenta.
- Fui esclarecido que a estabilização visa à proteção e segurança do paciente, acompanhante, profissional e equipe odontológica, evitando que todos os envolvidos sofram lesões e oferecendo um tratamento seguro, eficaz e confortável.
- Aceito e autorizo a utilização de abridores de boca para manter a boca do paciente aberta durante a realização do tratamento odontológico proposto, evitando, assim, que o paciente feche a boca;
- Aceito e autorizo a restrição física de movimentos inapropriados de mãos, braço, tronco e cabeça, realizada por mim mesmo ou por um auxiliar/acompanhante, com o paciente sentado no meu colo, ou ainda comigo sentado em uma cadeira e segurando-o com meus braços e pernas, e até mesmo com o auxílio de faixas de tecido ou toalhas, também na minha presença, sem interferência no atendimento, apenas observando passivamente e auxiliando quando me for solicitado pelos profissionais envolvidos no atendimento.
- Entendi todas as informações que me foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas.
- Entendo, ainda, que no caso de não autorização dos recursos acima indicados e na impossibilidade de colaboração do paciente com o tratamento, haverá a interrupção do atendimento e dispensa da Clínica Odontológica Infantil da Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lagarto, _____/_____/_____

Nome do Responsável pelo Paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do Profissional Responsável: _____

Assinatura: _____

Nome do Aluno: _____

Assinatura: _____