



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
GAMALIEL CENTRO EDUCACIONAL E CULTURA DA AMAZONIA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

GABRIELA GALHARDI MAMEDE
LARISSA GONÇALVES DIAS

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO:
APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Tucuruí – PA
2025

GABRIELA GALHARDI MAMEDE
LARISSA GONÇALVES DIAS

**TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO:
APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado a Faculdade De Teologia, Filosofia e
Ciências Humanas - Gamaliel, como requisito para
obtenção de grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Dr. Adail Rosa Alvarenga
Junior.

Tucuruí – PA

2025

RESUMO

A odontologia considera o primeiro molar permanente como elemento chave no equilíbrio do sistema estomatognático. Este dente irupciona aos 6 anos, entretanto, começa sua formação aos 3 meses de vida intrauterina, originando-se diretamente da lâmina dura. O irrompimento se dá guiado pela face distal do segundo molar decíduo, sua perda provoca alterações graves, tanto estética quanto funcional, além de má oclusão. Observando a importante função que desempenha o primeiro molar permanente no sistema estomatognático, assim como as consequências que sua perda leva, torna-se fundamental que se mantenha a integridade deste dente e de seus vizinhos para evitar transtornos como inclinação mesial do segundo molar e inclinação distal do segundo pré-molar, reabsorção vertical do osso alveolar na área correspondente ao primeiro molar perdido, e outras significativas alterações na região anterior do arco, levando a ocorrência de diastemas, desvios de linha média e migração de caninos em direção distal. Assim, analisando a importância do primeiro molar permanente, toma-se necessário a presença do elemento na arcada dentaria, dando como umas das soluções da perda do elemento o transplante dental.

Palavras-chave: Transplante dental autógeno; perda precoce do primeiro molar; reabilitação oclusal.

ABSTRACT

Dentistry considers the first permanent molar a key element in the balance of the stomatognathic system. This tooth erupts at age 6, however, its formation begins at 3 months of intrauterine life, originating directly from the lamina dura. Eruption is

guided by the distal surface of the second deciduous molar; its loss causes serious alterations, both aesthetic and functional, in addition to malocclusion. Observing the important function that the first permanent molar plays in the stomatognathic system, as well as the consequences of its loss, it becomes fundamental to maintain the integrity of this tooth and its neighbors to avoid disorders such as mesial inclination of the second molar and distal inclination of the second premolar, vertical resorption of the alveolar bone in the area corresponding to the lost first molar, and other significant alterations in the anterior region of the arch, leading to diastemas, midline deviations, and distal migration of canines. Thus, considering the importance of the first permanent molar, its presence in the dental arch becomes necessary, with dental transplantation being one of the solutions for the loss of this tooth.

Keywords: Autogenous dental transplant, premature loss of the first molar, occlusal rehabilitation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	RELATO DE CASO.....	7
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
4	REFERÊNCIAS.....	12
5	APÊNDICE A – Carta de aceite da Revista.....	13

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros registros de transplantes de dentes foram no antigo Egito, onde os escravos eram forçados a dar seus dentes aos faraós. Os primeiros relatos escritos sobre o tema surgiram com o famoso cirurgião árabe Albucasis, em 1050; porém, quem descreveu com pormenores o primeiro transplante homogêneo com sucesso foi Ambroise Pare, em 1564.

O transplante dentário autógeno é a movimentação cirúrgica de um dente – vital ou tratado endodonticamente – do seu lugar original na cavidade bucal para outro lugar. Esse tipo de transplante autógeno foi documentado pela primeira vez por Hale, sendo que até os dias atuais os princípios dessa técnica cirúrgica são praticamente os mesmos. O protocolo do transplante dental foi introduzido por Apfel e Miller, sendo que Flemingen mostrou os critérios para seu sucesso e Costich apresentou os fatores para o sucesso e as falhas na realização de transplantes. O sucesso de transplantes de germe dentário depende da integridade da membrana periodontal ou saco dentário; também é influenciado pela assepsia e técnica cirúrgica atraumática, bem como do menor tempo de permanência extra-alveolar do dente a ser transplantado. Além disso, deve-se considerar que a possibilidade de transplante é aumentada pelo fato da odontogênese tardia de terceiros molares em relação aos demais dentes. Segundo Marzola, há três maneiras de classificar-se o transplante dentário: de acordo com a relação taxonômica entre o doador e o receptor (autógeno); de acordo com a relação anatômica entre a origem do dente doado e a localização do transplante (isotópico), e de acordo com a viabilidade do transplante (homovital). O transplante dentário pode ser indicado em casos de ausência dentária congênita, perdas prematuras de molares permanentes, traumatismos, iatrogenias, perdas dentárias ocasionadas por tumores e, ainda, quando o tratamento protético for inviável por motivos sócio econômicos. Outras condições devem ser consideradas, incluindo o irrompimento atípico de dentes, reabsorção radicular, lesões endodônticas extensas, fraturas radiculares cervicais, periodontite juvenil, assim como outras patologias. Os pacientes devem estar em boas condições de saúde, além de aptos a seguirem instruções pós-operatórias, como a boa higienização bucal e disponíveis para acompanhamento do caso.

O germe dental a ser transplantado deve apresentar desenvolvimento de no mínimo um terço e no máximo de dois terços radiculares; diâmetro mesiodistal do

germe igual ou menor ao do dente que irá substituir; germe em posição favorável para ser extraído sem ser lesado; ausência de lesões periodontais e infecção aguda no alvéolo receptor, e o leito receptor deve ser amplo o suficiente para que toda estrutura a ser transplantada tenha livre acesso.

4. RELATO DE CASO:

Paciente, sexo feminino, 15 anos de idade compareceu a clínica Consult Odontologia, em Tucuruí-PA, com histórico de perda precoce do primeiro molar inferior direito (dente 46).

Ao exame clínico, observou-se presença de destruição coronária e desarmonia oclusal. Através de uma radiografia periapical, confirmou-se o diagnóstico de necrose pulpar com comprometimento da estrutura dentária, com rarefação óssea indicando lesão periapical no dente em questão (figura 1).

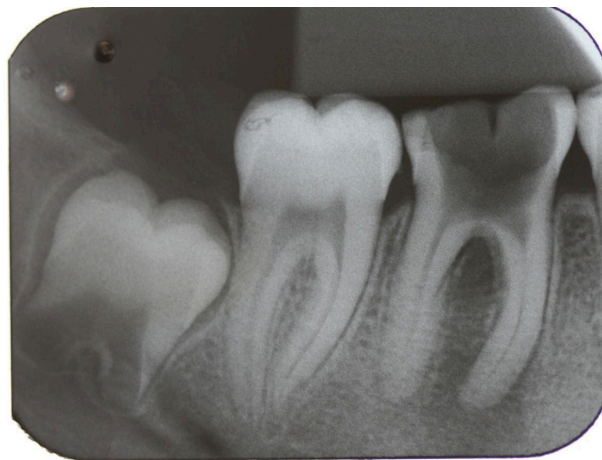


Figura 1 – radiografia de diagnóstico.

Técnica cirúrgica realizada em dois passos. Primeiramente, exodontia do elemento 46 (1° molar), curetagem do alvéolo para eliminar focos de infecção e preparação do alvéolo para o futuro transplante. (figura 2 e 3).



figura 2 – exodontia do elemento 46

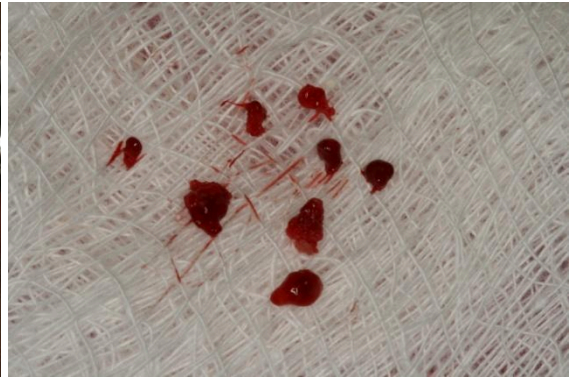


figura 3 – tecido de granulação retirado do alvéolo

Após quinze dias foi feita a avaliação do alvéolo que receberá o dente transplantado, que neste caso não apresentou contraindicação para o procedimento. Feito a exodontia do 48 (3° molar) com o cuidado de não manipular as fibras do ligamento periodontal que são de suma importância para o sucesso do procedimento. (figura 4 e 5).



figura 4 – Exodontia do elemento 48

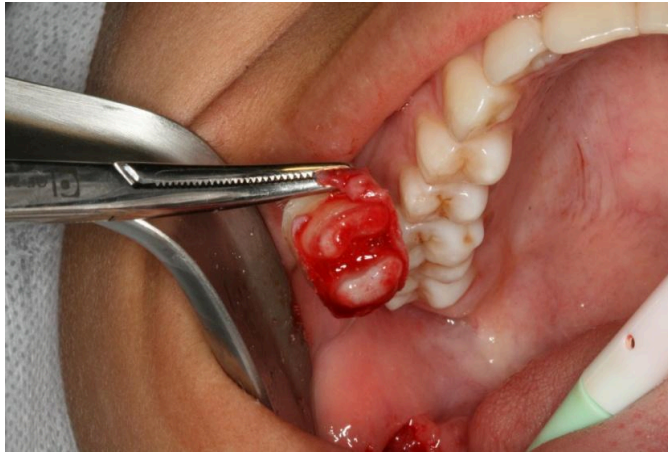


figura 5 – retirada do elemento do alvéolo, mantendo o cuidado de não agredir as fibras do ligamento periodontal.

Desgastes nas proximais da coroa do dente transplantado foram necessárias para melhor adaptação do dente no novo posicionamento na arcada dentaria (figura 6 e 7).



Figura 6 – desgaste nas proximais da coroa do elemento transplantado.



Figura 7 – Dente posicionado no alvéolo dentário.

Após sutura do tecidos foi feito contenção semi-rígida com fio ortodôntico nº 0 para fixação do elemento dentário no alvéolo, posicionado elemento transplantado abaixo da linha de oclusão para evitar traumas oclusais (figura 8 e 9).



figura 8 – contenção semi-rígida



figura 9 – posição do dente sem contato oclusal.

Longo prazo de preservação avaliando imagens radiográficas bem como exames clínicos, retirada da contenção após 60 dias, só então afirmar sucesso no procedimento cirúrgico realizado. (figura 10 e 11) .

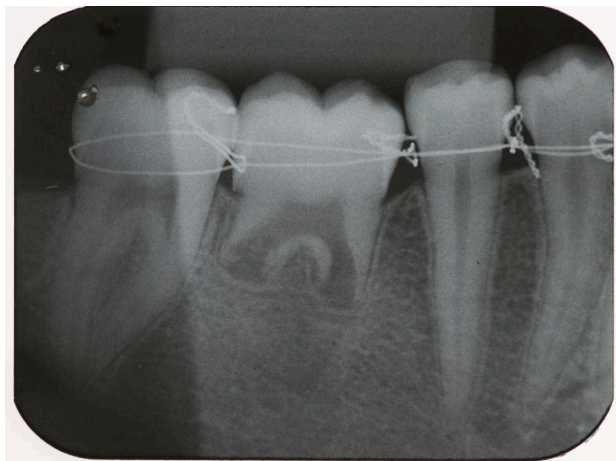


Figura 10 – Neo-formação óssea.

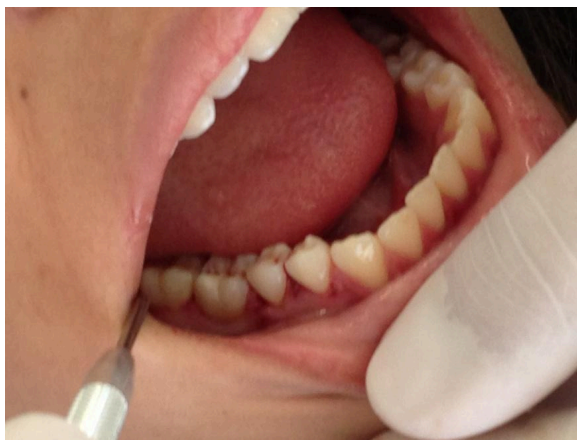


Figura 11 – após remoção da contenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que existem outras formas de tratamento para repor essa perda dentária, apesar de não muito realizado transplante dental autógeno também é uma opção, que no caso em questão, teve sucesso no tratamento.

6. Referências

Clokier C.M.L.; Yau D.M.; Chano L. **Autogenous tooth transplantation: an alternative to dental implant placement.** J Can Dent Assoc 2001; 67:92-96.

Pires M.S.M.; Giorgis R.S.; Castro A.G.B.; Beltrame J.; Saueressing F. **Transplante autógeno de germe de terceiro molar inferior com rizogênese completa para alvéolo de primeiro molar inferior.** Rev Bras Cir Implant 2002; 34:157-163.

Marzola C. **Transplantes e reimplantes.** São Paulo: Pancast; 1994.

Sebben G.; Castilhos M.D.S.; Silva R.F.C. **Transplante autógenos de terceiro molares inclusos.** Revista da ADP-PUCRS 2004; 5:109-11.

Gregori C. **Cirurgia buco-dento-alveolar.** São Paulo: Sarvier; 1996.

7. APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE DA REVISTA



www.revistaft.com.br ISSN 1678-0817 - Qualis "B2"



Crossref



CARTA DE ACEITE

Declaro para devidos fins que o artigo intitulado

TRANSPLANTE DENTÁRIO AUTÓGENO – APRESENTAÇÃO DE CASO CLINICO

de autoria de:

**Adail Rosa Alvarenga Junior;
Gabriela Galhardi Mamede;
Larissa Gonçalves Dias.**

Foi aceito para publicação pela Revistaft
e será publicado na
Edição Nº 151 - Volume 29 - Outubro 2025

Dr. Oston Mendes

Fundador e Editor-Chefe



Revistaft Multicentífica - ISSN:1678-0817 CNPJ:48.728.404/0001-22

R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ- Brasil.