

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIGUAIACÁ
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ELOIZA BELLÉ

TRANSPLANTE MEDIATO DE TERCEIRO MOLAR - RELATO DE
CASO CLÍNICO

GUARAPUAVA

2020

ELOIZA BELLÉ

**TRANSPLANTE MEDIATO DE TERCEIRO MOLAR - RELATO DE
CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como pré-requisito para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário
UniGuairacá.

Orientador: Prof. Me. José Carlos Wagnitz

GUARAPUAVA

2020

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida por toda benção a mim concedida, por serem meu apoio em momentos difíceis.

Agradeço também a minha família, em especial minha mãe Valdineia Bellé, por todo apoio, amparo, por sempre me ajudar, por fazer o possível e o impossível para que esse sonho se concretizasse e não me deixar desistir, sem você eu não conseguiria chegar até aqui.

Agradeço em especial ao meu namorado Bruno Silva, por sempre estar comigo me dando total apoio e suporte, por ter paciência, pelos ensinamentos, por sempre me incentivar, você foi fundamental para este sonho se realizar.

Aos meus professores do colegiado por todo conhecimento repassado a mim, em especial meu Orientador José Carlos, por todo ensinamento, paciência, amizade, certamente levarei comigo tudo que com você aprendi.

Agradeço de todo meu coração aos pacientes que pelas minhas mãos passaram, em especial a paciente a qual realizei meu caso clínico, que confiou em mim, foi colaboradora, foi amiga, e aceitou ser minha peça chave no meu trabalho de conclusão de curso.

Por fim agradeço aos amigos que estiveram comigo grande parte da graduação e se tornaram minha família, em especial as minhas colegas de profissão Thalita Antunes e Mariam Darwiche, sentirei saudades dos nossos encontros diários na Clínica, vocês foram essenciais em minha vida.

RESUMO

Bellé. E. **TRANSPLANTE MEDIATO DE TERCEIRO MOLAR – RELATO DE CASO CLÍNICO.** [Trabalho de Conclusão de Curso] Graduação em Odontologia. Guarapuava: Centro Universitário Guairacá; 2020.

O transplante dentário de terceiros molares ou prótese biológica, vem sendo um procedimento utilizado para repor um dente perdido na arcada dentaria, devido a carie dentaria extensa, complicações periodontais, fraturas coronorradiculares, agenesia, traumas, ou motivos econômicos. Duas técnicas cirúrgicas vêm sendo utilizadas para a realização do transplante dentário, a imediata quando a cirurgia é realizada em uma única sessão, e a mediata quando a cirurgia é realizada em duas sessões. O objetivo desse trabalho, é demonstrar a técnica cirúrgica por meio de um caso clinico, no qual a paciente foi submetido ao transplante do elemento 18 para o alvéolo do elemento 16. Foi utilizado a técnica cirúrgica mediata, onde foi extraído as raízes residuais do elemento 16 em uma seção, e na segunda seção foi realizado o preparo do alvéolo receptor, extração do terceiro molar, e sua fixação com splintagem com fio de nylon. O acompanhamento pós operatório de cinco meses e um ano revelou vitalidade pulpar, boa adaptação gengival e periodontal. O transplante de terceiro molar possui um elevado índice de sucesso e vem sendo uma alternativa viável para pacientes que possui todas as indicações para realização deste procedimento.

Palavras-chave: Extração Dentária. Terceiro Molar. Transplante.

ABSTRACT

Bellé. E. **MEDIATE TRANSPLANTATION OF A THIRD MOLAR - CLINICAL CASE REPORT.** [Completion of course work] Graduation in Dentistry. Guarapuava: University Guairacá; 2020.

Third molar dental transplants or biology prosthesis, has been a procedure used to replace a tooth in the dental arch, due tooth decay, periodontitis complications, crown-root fracture, agenesis, traumas, financial reasons. Two techniques have been used for dental transplants, the immediate done is a single session, and mediate when the surgery is done in two sessions. The objective of this work is to demonstrate the surgical technique, through a clinical case, in which the patient underwent the transplantation of the element 18 tooth, to the alveolus of the element 16 tooth. Mediate surgical technique was used, where it was extracted the residual roots of the element 16 tooth were extracted in one section, and in the second section the preparation of the receiving alveolus, and extraction of the third molar and its fixation with splinting with nylon thread was carried out. The five-month postoperative follow-up revealed pulp vitality, good gingival and periodontal adaptation. Third molar transplantation has a high success rate, and it has been a viable alternative for patients who have all the indications for performing this procedure.

Keywords: Third Molar. Tooth Extracted. Transplant.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Raio X – panorâmica	10
Figura 2	- 8 dias após extração das raízes residuais do dente 16	11
Figura 3	- Início das incisões e luxação do dente doador	12
Figura 4	- Preparo do alvéolo receptor cirurgicamente	13
Figura 5	- Aspecto final do preparo	13
Figura 6	- Realizado o transplante	13
Figura 7	- Realização das suturas	13
Figura 8	- Condicionamento com ácido fosfórico 37 %	14
Figura 9	- Realização de uma contensão fixa	14
Figura 10	- Aspecto após 15 dias após o transplante	15
Figura 11	- Aspecto final após cinco meses do transplante, imagem vestibular	15
Figura 12	- Aspecto final, imagem por fase palatina	15
Figura 13	- Radiografia periapical do dente transplantado	16
Figura 14	- Fotografia fase vestibular	17
Figura 15	- Fotografia fase vestibular	17
Figura 16	- Radiografia periapical, teste de vitalidade pulpar	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	PROPOSIÇÃO	9
3	RELATO DE CASO	10
3.1	PLANO DE TRATAMENTO	10
3.2	EXECUÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO	11
3.3	RECOMENDAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS	14
3.4	CICATRIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO	14
4	DISCUSSÃO	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	22
	ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	25
	ANEXO 2 – FOLHETO INFORMATIVO DO PÓS-OPERATÓRIO	27
	ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGEM	29
	ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO DO USUÁRIO	30

1 INTRODUÇÃO

A odontologia está sempre em renovação, embora sua evolução seja sempre constante, as extrações dentárias ainda ocorre com bastante frequência. Com isso novas alternativas vêm sendo empregadas nos consultórios odontológicos, dando ao paciente novas opções de tratamento.

A falta de um dente na arcada dentária pode comprometer o crescimento do arco dentário e prejudicar tanto a mandíbula quanto a maxila, causando migração dos dentes adjacentes, extrusão dos antagonistas e interferências oclusais, que pode muitas vezes causar problemas na articulação temporomandibular, com isso a busca por reabilitação tem se tornado uma pratica comum, buscando tratamentos alternativos como implantes de titânio, próteses fixas, próteses parciais e se viável transplantes dentários (PROBST *et al.*, 2016).

O transplante dentário ou “prótese biológica” vem como uma alternativa a todas as classes econômicas. No entanto o transplante autógeno dentário representa um procedimento cirúrgico onde o dente a ser transplantado é submetido a uma avulsão do seu local de origem e implantado em outro alvéolo natural ou preparado cirurgicamente (PEIXOTO; MELO; SANTOS, 2013; BARBOSA *et al.*, 2019).

O transplante dental pode ser realizado de três fontes, o autógeno, quando doador e receptor constituem a mesma pessoa; homogêneo, realizado entre diferentes indivíduos da mesma espécie; e heterogêneo, realizado entre membros de espécies diferentes (ANDREASEN, 1981; CLOKIE; YAU; CHANO, 2001; GIANCRISTÓFARO *et al.*, 2009).

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

O cirurgião dentista deve tomar todos os devidos cuidados na fase pré-operatória, fazendo o uso de imagens dos dentes envolvidos, o cirurgião deve solicitar radiografia panorâmicas, periapicais e oclusais, até mesmo se necessário o uso de tomografias computadorizadas (MARZOLA., 1997; BARBIERI *et al.*, 2008; PEIXOTO; MELO; SANTOS, 2013; RESENDE *et al.*, 2017).

Segundo Chirinos (2018), a sobrevivência dos dentes transplantados se mostra maior quando o dente apresenta desenvolvimento radicular de 2/3 a 3/4. Na maioria dos transplantes os pré-molares e os molares são indicados para pacientes entre 12 a 18 anos de idade, outros fatores podem influenciam para o sucesso do transplante são: anatomia dos dentes de escolha,

procedimento cirúrgico menos traumático, anatomia do alvéolo receptor e ligamento periodontal vascularizado.

Um processo importante é a revascularização da polpa e quando isso não ocorre fisiologicamente o tratamento endodôntico deve acontecer na 1-2 semana após o transplante, ou quando o dente a ser transplantado já estiver com rizogênese completa o tratamento endodôntico pode ser realizado antes do transplante (CHIRINOS, 2018).

O terceiro molar a ser transplantado deve apresentar condições clínicas aceitáveis, quando tomadas as devidas precauções o transplante tem alto índice de sucesso, devemos informar aos pacientes supostas complicações como anquilose, complicações periodontais marginais, não osteointegração com o osso alveolar e formação de abscesso (COSTA; MUNÕZ; NICOLAU, 2013).

Em seu artigo de 2013, Peixoto, Melo e Santos descrevem as principais indicações e contraindicações para o transplante dentário. Sendo assim suas indicações para a realização do transplante são: dentes perdidos por lesões cáries extensas; reabsorção radicular; doença periodontal; fratura coronoradicular; agenesias; aplasias. E suas contraindicações: condições de higiene deficiente; pacientes com problemas cardíacos; quando não houver possibilidade de estabilização do dente transplantado e presença de infecção do meio bucal.

A contenção tem como objetivo estabilizar o dente transplantado no seu alvéolo para que assim haja a formação das fibras do ligamento periodontal. Essas contenções podem ser com suturas sobre a face oclusal do dente transplantado, splintage com fio de nylon ou de aço e resina composta. Essa fixação deve ser mantida de 3 a 4 meses (PEIXOTO; MELO; SANTOS, 2013).

O trabalho apresentado tem como tema transplante mediato de terceiro molar com relato de caso clínico, onde foi realizado o transplante em duas seções, primeira seção a extração das raízes residuais do dente 16 e a segunda seção feito o transplante do terceiro molar dente 18.

2 PROPOSIÇÃO

O propósito do presente estudo é relatar um caso clínico de transplante mediato de terceiro molar, e reabilitação oral, relatando seus benefícios, e também uma opção de escolha de tratamento viável.

3 RELATO DE CASO

Paciente J.C.A, 23 anos, sexo feminino, fumante, que compareceu a Policlínicas Guairacá, atestando ter passado por uma exodontia mal realizada onde as raízes do elemento 16 não haviam sido extraídas, ao exame clínico e radiográfico constatou duas raízes vestibulares (mesio-vestibular e disto-vestibular) e uma raiz lingual (FIGURA 1). Este estudo foi submetido na Plataforma Brasil para ser avaliado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (COMEP). (ANEXO 1)

Figura 1 – Raio X – Panorâmica.



Fonte: O autor (2019).

3.1 PLANO DE TRATAMENTO

Através dos parâmetros obtidos pelo exame clínico concluiu-se que a paciente estava apta para realização do transplante autólogo, onde seria transplantado o terceiro molar superior direito (18) no alvéolo do primeiro molar superior direito (16) (FIGURA 1).

Como relatado em estudos se tem duas técnicas as quais podem se fazer o transplante, a técnica imediata e a técnica mediata. Mediato foi o método de transplante escolhido, onde a primeira seção foi realizada a extração das raízes residuais do dente 16, e na segunda seção foram criados o alvéolo cirúrgico receptor e o transplante do dente 18 semi – incluso.

A paciente foi informada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1) sobre todas as vantagens, desvantagens, riscos e benefícios dos

procedimentos que seriam realizados através do plano de tratamento estabelecido para o mesmo.

3.2 EXECUÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO

Primeira etapa realizada, foi o procedimento cirúrgico para realização das extrações das raízes residuais do elemento 16. Foi realizado a aferição da pressão arterial sendo 120/80 mmHg. Iniciamos o procedimento com toda assepsia do local e materiais, antissepsia do paciente, operador e auxiliar, a antissepsia intra-oral foi feita através de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12 % por 1 minuto e a extra oral foi feita com digluconato de clorexidina 4 %. A anestesia foi realizada com Mepivacaina 2 % e epinefrina 1:100.000, sendo realizado o bloqueio regional do nervo alveolar superior posterior direito, alveolar superior médio direito e nervo palatino maior direito, para extração das raízes residuais do elemento 16. Logo após as técnicas anestésicas, foi realizado as incisões intrasulcular, com bisturi lâmina 15c, posteriormente, após as incisões foi realizado as extrações das raízes residuais com fórceps número 65. A conclusão do procedimento cirúrgico foi realizado as suturas em X, com fio de nylon 5-0, e passado para paciente a prescrição medicamentosa pós-operatório optou-se por amoxicilina 500 mg e metronidazol 250 mg e remarcado para paciente retornar a PoliClínica após 08 dias (FIGURA 2), para remoção das suturas e realização do preparo do alvéolo receptor cirúrgico e realização do transplante.

Figura 2 -8 dias após extração das raízes residuais do dente 16.



Fonte: O autor (2019).

Após 08 dias a paciente retornou a PoliClínica Guaíra, onde foi realizado a remoção das suturas e assim dando início a segunda etapa do transplante. A paciente nos relatou estar nervosa e ansiosa com o procedimento que seria realizado, juntamente com o professor, foi proposto para paciente o uso de Benzodiazepínico Midazolam 15 mg, para melhor conforto da paciente. Foi realizado a aferição da pressão sendo 120/50 mmHg, e também foi aferição da temperatura da paciente sendo 36.7. Iniciamos o procedimento com toda assepsia do local e materiais, antissepsia do paciente, operador e auxiliar, a antissepsia intra-oral foi feita através de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12 % por 1 minuto e a extra oral foi feita com digluconato de clorexidina 4 %. Após a antissepsia iniciamos as técnicas anestésicas com Mepivacaina 2 % e epinefrina 1:100.000, sendo realizado o bloqueio regional do nervo alveolar superior posterior direito, alveolar superior médio direito e nervo palatino maior direito, após as técnicas anestésicas foi dado início as incisões no espaço do terceiro molar superior direito e em seguida no espaço onde seria realizado cirurgicamente o alvéolo receptor com lamina de bisturi 15c, após as incisões, com alavanca Seldin reta foi luxado o dente doador (18) e deixando permanecer no seu local de origem para manter-se irrigado até ser criado cirurgicamente o alvéolo receptor (FIGURA 3).

Figura 3 -início das incisões e luxação do dente doador.



Fonte: O autor (2019).

Em seguida, após as incisões e luxação do dente doador foi realizado cirurgicamente o alvéolo receptor, o alvéolo precisa ter espaço suficiente para adaptar o dente doador, para

realização do alvéolo foi necessária uma peça de mão cirúrgica angulada e irrigação constante com soro fisiológico (FIGURA 4 e 5).

Figura 4 – Preparo do alvéolo receptor Cirurgicamente.



Fonte: O autor (2019).

Figura 5 – Aspecto final do preparo.



Fonte: O autor (2019).

Após ser preparado o alvéolo receptor foi transplantado o elemento 18 no alvéolo do dente 16, em seguida com o dente já estabilizado foi dado início as suturas com fio de nylon 5.0, suturas em X, suturas simples, suspensória (FIGURA 6 e 7).

Figura 6 – Realizado o transplante.



Fonte: O autor (2019).

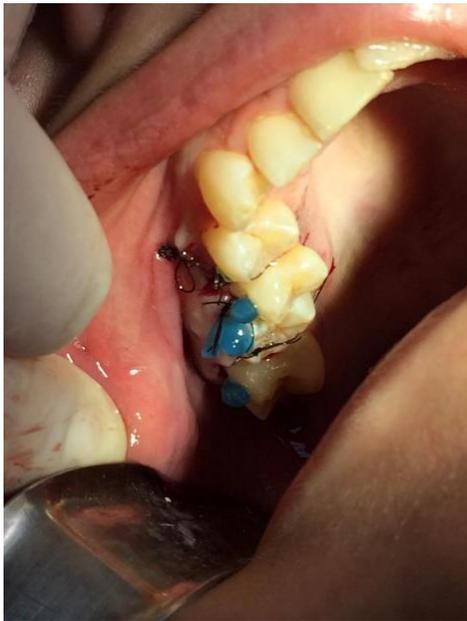
Figura 7 – Realização das suturas.



Fonte: O autor (2019).

Com o dente já transplantado e as suturas finalizadas foi então confeccionado uma contensão fixa para o dente transplantado ficar imóvel e estabilizado no seu alvéolo, tal contensão foi preparada com resina composta para esmalte e fio de nylon 0,20 mm, o primeiro passo foi o condicionamento com ácido fosfórico 37 % por 15 segundos, em seguida feito o incremento de resina composta com o fio de nylon, em forma de braquete. Essa contensão vai permanecer em boca durante 4 a 5 meses (FIGURA 8 e 9).

Figura 8 – Condicionamento com ácido fosfórico 37%.



Fonte: O autor (2019).

Figura 9 – Realização de uma contensão fixa.



Fonte: O autor (2019).

Como prescrição medicamentosa pós-operatório optou-se por amoxicilina 500 mg, durante 07 dias, diclofenaco potássico 50 mg durante 03 dias e paracetamol 750 mg durante 03 dias (em caso de dor). Foi agendado para paciente um retornar na Policlínica após 15 dias, para acompanhamento e remoção das suturas.

3.3 RECOMENDAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

De acordo com o protocolo seguido pela Universidade Guairacá, o paciente foi instruído através de folheto explicativo com as informações do pós-operatório (ANEXO 2).

3.4 CICATRIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO

A paciente retornou após 15 dias para remoção das suturas e avaliação dos tecidos de sustentação, verificou boa cicatrização e uma adaptação marginal dentro da normalidade. (FIGURA 10). Após a avaliação de 15 dias, foi marcado um retorno de 5 meses, para acompanhamento e radiografia do dente transplantado, e remoção da contensão fixa (FIGURA 11 e 12).

Figura 10 - Aspecto após 15 dias após o transplante.



Fonte: O autor (2019).

Figura 11 – Aspecto final após cinco meses do transplante, imagem vestibular.



Fonte: O autor (2019).

Figura 12 – Aspecto final, imagem por fase palatina.



Fonte: O autor (2019).

Paciente retornou para Policlínica Guairáca cinco meses após a realização do transplante, foi realizado teste de vitalidade pulpar com Endo Ice Spray, e realizado radiografia periapical do dente, em seguida feito a remoção da contensão fixa, com broca esférica número 1014 (FIGURA 11 e 12).

Na radiografia periapical (FIGURA 13) apresentou um aspecto favorável, uma adaptação marginal adequada, o dente transplantado respondeu positivamente ao teste de vitalidade, descartando a necessidade de tratamento endodôntico.

Figura 13 – Radiografia periapical do dente transplantado.



Fonte: O autor (2019).

Após a avaliação de cinco meses foi agendado um retorno preventivo de um ano para a paciente, assim podendo fazer o acompanhamento do dente transplantado. Paciente retornou para a Policlínica na data agendada, assim possibilitando a realização do exame clínico.

Aspecto clínico (FIGURA 14 e 15) e radiográfico (FIGURA 16) dentro da normalidade, atestando positivo ao teste de vitalidade pulpar descartando a necessidade de tratamento endodôntico.

Figura 14 – Fotografia fase vestibular.



Fonte: O autor (2020).

Figura 15 – Fotografia fase vestibular.



Fonte: O autor (2020).

Figura 16 – Radiografia periapical, teste de vitalidade pulpar.



Fonte: O autor (2020).

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho abordou um relato de caso clínico executado nas dependências da PoliClínicas da Universidade Guairacá, onde a paciente foi submetida a extração das raízes residuais do elemento 16, e posteriormente foi realizado o transplante do terceiro molar superior direito, elemento 18 para o alvéolo receptor do primeiro molar superior direito. Este caso clínico tem o intuito de demonstrar mais uma opção de tratamento viável para os pacientes, um procedimento adequado e minuciosamente planejado.

Barbieri *et al.* (2008) e Peixoto, Melo e Santos (2013), descrevem que a escolha do paciente deve ser de extrema importância, o paciente deve apresentar boas condições de saúde e uma saúde bucal excelente, além de seguir todas as recomendações pós-operatório, não apresentando essas condições a porcentagem de perda do elemento transplantado é elevado.

A cirurgia de transplante é muito semelhante à remoção de terceiros molares retidos, o dente transplantado não pode ser danificado durante a fase cirúrgica. O transplante autógeno pode ser realizado através de duas técnicas cirúrgicas, a imediata, quando a cirurgia é realizada em uma única sessão e a técnica mediata, que é realizada em duas sessões com intervalo de 15 dias (SANTOS *et al.*, 2013).

A técnica imediata se mostra mais eficaz pela facilidade na preparação do alvéolo receptor, menor manipulação do tecido ósseo, necessita apenas da remoção do septo intra-alveolar e menor trauma cirúrgico. Já a técnica mediata mostra algumas desvantagens como; maior trauma tecidual, há necessidade de se criar um alvéolo cirúrgico, maior risco de lesão, retardamento do processo de revascularização e prolongamento do período de reparação (TSUKIBOSHI, 2002). Também em seu artigo Bauss, Zonios e Rahaman (2008) descrevem que a criação de alvéolos cirúrgicos prejudica o desenvolvimento radicular do dente pós-transplantado, sendo mais eficaz há não realização de um alvéolo cirurgicamente.

Duarte *et al.* (2017) diz em seu estudo que a técnica mediata também pode ser utilizada nas situações de perdas dentais precoce, onde há necessidade de criar um alvéolo cirurgicamente para receber o dente transplantado.

Em um dente transplantado com rizogênese completa devemos preservar os tecidos periodontais, como o cimento e seus cementoblastos, ligamento periodontal e seus restos epiteliais de Malassez e o osso alveolar com seus osteoclastos, já em um dente com rizogênese incompleta devemos seguir as mesmas preservações e principalmente na porção apical e media da raiz em formação (CONSOLARO *et al.*, 2008).

Os elementos dentários que são perdidos mais precocemente são os primeiros e segundos molares, pois eles levam mais tempo em fase de infraoclusão, e sofrem algum tipo de agressão externa sendo mais suscetíveis à cárie, periodontite severa, e também insucesso endodôntico (KUMAR; KHAMBETE; PRIYA, 2013). Segundo Andreasen (1981), na maioria dos transplantes autógenos realizados, se faz do terceiro molar para o alvéolo do primeiro ou segundo molar, e pré-molares para o alvéolo de incisivos e de caninos.

Em seu artigo Pagliarin e Benato (2006) descrevem que o alvéolo receptor deve ser compatível com o dente doador para possibilitar um suporte adequado e também deve apresentar tecido queratinizado, e ter ausência de inflamação, quando o alvéolo receptor não apresenta essas condições deve-se preparar um alvéolo cirurgicamente. Após o segundo mês do transplante dental deve ser observado algumas condições como; mobilidade do dente, coloração do dente, gengiva marginal e papilas não devem apresentar alteração morfológicas ou patológicas e o dente deve estar na sua posição inicial.

De acordo com Tsukiboshi (2002) o transplante dental tem vantagens como: fornece características como amortecimento visco elástico, acomodação a movimentos dentários, assegurando uma mobilidade dental fisiológica que não é possível com o uso de próteses ou implantes de titânio, e também se tem menor gasto de dinheiro e tempo em relação a outras tratamentos. Tsukiboshi (2002) também destacou as desvantagens sendo elas: anquilose ou reabsorção radicular, o dente transplantado é susceptível a doenças periapicais e cáries e também o dente a ser escolhido para se fazer o transplante deve estar em boas condições.

Após o transplante o dente não se reconecta imediatamente com a circulação sanguínea isso leva algumas horas. Consolaro *et al.* (2008) também destacou que a fase de embebição plasmática é importante pois nesta fase se tem um liquido que contem íons, aminoácidos, peptídeos e vários mediadores celulares que fazem a nutrição e estimulam células proliferativas e reparadoras. Isso também explica porque a taxa de sucesso é maior em dentes com rizogênese incompleta. É nesta fase também que pode ocorrer com mais frequência infecção secundaria.

Santos *et al.* (2013) nos relatou em seu artigo que o acompanhamento do dente transplantado deve ser realizado em 48 horas após o transplante, semanalmente no primeiro mês, depois mensalmente até o primeiro trimestre, em seguida realizada por dois semestres e finalizando um acompanhamento anual até a rizogênese estar completa.

A revascularização e inervação do transplante dental são mais favoráveis em pacientes jovens porque o dente transplantado precisa estar em rizogênese incompleta, pois há grande possibilidade de revascularização pelo forame apical. Embora a prognostico de transplantes

com rizogênese completa ser desfavorável ainda há relatos na literatura que relatam sucesso (PETERSON *et al.*, 1996; QUEIROZ *et al.*, 2017).

Na fase de rizogênese completa, em alguns casos, há necessidade de tratamento endodôntico após 3 a 4 semanas, pois a probabilidade de revascularização da polpa é mínima e quando não realizada, pode ocorrer necrose pulpar e posterior infecção no periápice e no periodonto (SUGAI *et al.*, 2010).

Devem ser respeitados os seguintes critérios; indicação para a técnica escolhida, idade do paciente, estágio de formação radicular do dente, técnica cirúrgica e técnica de estabilização (DUARTE *et al.*, 2017).

Para se alcançar os objetivos de um transplante, o protocolo deve ser seguido, uma fase muito importante é a parte da estabilização do dente transplantado, que tem o intuito de fixar o dente, e não deixar que aconteça movimentações, para assim poder acontecer a revascularização, e chegar ao sucesso. Esta contenção pode ser realizada de várias maneiras, segundo Duarte *et al.* (2017), pode ser realizado com fios ortodônticos e semirrigidos, que é realizado com fios de sutura. Já Peixoto, Melo e Santos (2013) dizem que se pode fazer, sutura sobre a face oclusal do dente transplantado, braquete ortodôntico, splintagem com fio de aço e resina ou ainda cimento cirúrgico cobrindo as faces oclusais dos dentes adjacentes e o próprio dente transplantado. Duarte *et al.* (2017) e Peixoto, Melo e Santos (2013) concordam quando relatam que deve ser mantida essa contenção durante 3 a 4 meses.

Estudos apontam altas taxas de sucesso para o autotransplante dentário, variando entre 82 a 94% (DUARTE *et al.*, 2017; TSUKIBOSHI, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim chegamos à conclusão de que o transplante autógeno de terceiros molares é um procedimento viável, que quando realizado de maneira correta apresenta uma elevada taxa de sucesso, uma vez que apresenta vantagem econômica comparado aos implantes de titânio, sendo mais uma opção de tratamento para a odontologia reabilitadora. Ele cumpriu todas as funções exigidas tanto estéticas quanto funcionais, proporcionando a paciente uma reabilitação da arcada dentaria, e sua função em boca.

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, J. O. Interrelation between alveolar bone and periodontal ligament repair after replantation of mature permanente incisors in monkeys. **Journal of Periodontal Research**, v. 16, n. 2, p. 228-235, 1981.
- AQUINO, L. E. do N. *et al.* Transplante dental autógeno. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 84, n 28, p. 26-29, jul. 2019.
- BARBOSA, M. D. **Autotransplante dentário**: uma alternativa reabilitadora de baixo custo. p. 31. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Universidade Federal do Sergipe, Lagarto, 2019.
- BARBIERI, A. A. *et al.* Cirurgia de transplante autógeno pela técnica imediata. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-facial**, Camaragibe, v. 8, n. 3, p. 35-40, jul./set. 2008.
- BAUSS, O.; ZONIOS, I.; RAHMAN, A. Root development of immature third molars transplanted to surgically created sockerts. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 66, n. 6, p. 1200-1211, jun. 2008.
- CHIRINOS, L. G. C. **Fatores que favorecem o sucesso do transplante dentário**: revisão de literatura. p. 73. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) - Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- COSTA, D. R.; MUNÕZ, I. S. S.; NICOLAU, R. A. Nível de sucesso de transplantes autógenos de dentes permanentes- revisão de literatura. In. XVII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, XIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO E III ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 2013. **Anais [...]**. São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba, 2013, p. 1-5.
- CONSOLARO, A. *et al.* Transplante dentários autógenos: uma solução para casos ortodônticos e uma casuística brasileira. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 23-28, mar./abr. 2008.
- CLOKIE, C. M.; YAU, D. M.; CHANO, L. Autogenous tooth transplantation: an alternative to dental implant placement. **Journal-Canadian Dental Association**, v. 67, n. 2, p. 92-96, fev. 2001.
- DUARTE, É. E. N. *et al.* Autotransplante dentário: uma alternativa viável para a reabilitação dentária. **Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia**, v. 1, n. 1, p. 29-34, mai. 2017.

- GIANCRISTÓFARO, M. *et al.* Transplante dental: revisão da literatura e relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 74-78, jan./abr. 2009.
- KUMAR, R.; KHAMBETE, N.; PRIYA, E. Successful immediate autotransplantation of tooth with incomplete root formation: case report. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 115, n. 5, p. e16-21, mai. 2013.
- MARZOLA, C. **Transplantes e reimplantes**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1997.
- MENDES, R. A.; ROCHA, G. Mandibular third molar autotransplantation—literature review with clinical cases. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 70, n. 11, p. 761-6, dez. 2004.
- PAGLIARIN, F. O.; BENATO, M. Transplante dentário autógeno: apresentação de dois casos. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 231-240, jan./mar. 2006.
- PEIXOTO, A. C.; MELO, A. R.; SANTOS, T. de S. Transplante dentário: atualização da literatura e relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 13, n. 2, p. 75-80, abr./jun. 2013.
- PETERSON, L. J. *et al.* **Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- PROBST, L. F. *et al.* Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 347-354, 2016.
- QUEIROZ, N. *et al.* Cirurgia de transplante dentário autógeno pela técnica mediata—relato de caso clínico. In. Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica, v. 1, n. 1, 2016. **Anais [...]**. Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016.
- QUEIROZ, N. *et al.* A eficácia do transplante dental autólogo: relato de caso. In. **Encontro de Extensão, Docente e Iniciação Científica (EEDIC)**, n. 12, 2016. **Anais [...]**. Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016.
- RESENDE, Â. F. de B. *et al.* Transplante dentário autólogo realizado no mesmo paciente em etapas diferentes do seu desenvolvimento. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.14, n.4, p. 12-16, out./dez., 2017.
- SALES, M. T. de. **Substituição de incisivo central superior por pré-molar transplantado**. Brasília, Brasil. 74p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- SANTOS, L. C. S. *et al.* Transplante dental autógeno como alternativa para reabilitação oral: relato de caso. **Uningá Review**. n. 14. p. 49-57, abr. 2013.

SILVA, J. A. C. da C. **Reimplantação dentária**. 74p. Dissertação de Mestrado (Mestre em Medicina Dentária) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, Porto, 2016.

SUGAI, T. *et al.* Estudo clínico de fatores prognósticos para autotransplante de dentes com formação radicular completa. **Jornal Internacional de Cirurgia Oral e Maxilofacial**, v. 39, n. 12, p. 1193-1203, 2010.

TSUKIBOSHI, M. Autotransplantation of teeth: requirements for predictable success. **Dental Traumatology**, v. 18, n. 4, p. 157-180, ago. 2002.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Colaborador,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Transplante mediato de terceiro molar", sob a responsabilidade de José Carlos Wagtnz, que irá revisar a literatura relacionada a transplante de terceiro molar. Após o conhecimento da técnica, o plano de tratamento é estabelecido de forma apropriada, e subsequente o transplante de terceiro molar pode ser feito.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 4.039.260

Data da relatoria: ___/___/20___

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, queremos revisar a literatura relacionada a alteração de cor do esmalte dental e da dentina, fornecendo subsídios para o conhecimento dessa anomalia. Após o conhecimento da anomalia, o diagnóstico diferencial pode ser instituído e conseqüentemente, o plano de tratamento é estabelecido de forma apropriada, e subsequente a isso a restauração pode ser feita.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o procedimento, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: A remoção parcial da mancha poderá trazer algum desconforto como a sensibilidade no dente. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de melhorar a estética do dente e conseqüentemente devolver a sua auto-estima.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que você nos fornecer, ou que sejam conseguidas por meio dos exames e avaliações serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, de imagem, ficarão em segredo, e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos



Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG
Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli / CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde / Telefone: (42) 3629-8177

utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Eloiza Bellé
Endereço : R. General Rondon, 1206 – Dos Estados, Guarapuava - PR
Telefone para contato: (42) 984112922
Horário de atendimento: 8h a 12h, e 13h a 22:30

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso você aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se você estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em **duas vias**, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) Jenica Cristiane Arias, portador(a) da cédula de identidade 700.468.169.09, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, 22 de Outubro de 2020

Jenica Cristiane Arias
 Assinatura do participante / Ou Representante legal

[Assinatura]
 Assinatura do Pesquisador

Eloiza Bellé
 Assinatura do Acadêmico



Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
 Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG
 Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli / CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
 Bloco de Departamentos da Área da Saúde / Telefone: (42) 3629-8177

CS Digitalizada com CamScanner

ANEXO 2 – FOLHETO INFORMATIVO DO PÓS-OPERATÓRIO



Primeiras 24 Horas (1º dia):

1. Dieta líquida ou pastosa, fria ou congelada. Por exemplo: sorvete, vitamina de frutas, iogurte, sopas frias.
2. Bolsa de gelo na face: aplicar por 10 minutos com intervalo de 5 minutos. Recomenda-se proteger a pele com vaselina ou cremes hidratantes antes da aplicação do gelo, para evitar queimaduras. O gelo é extremamente importante para evitar hemorragias e inchaços intensos.
3. Manter repouso: evite esforços físicos mais intensos, exposição ao sol, esportes, etc.
4. Evite ficar cuspidando, fazer bochechos vigorosos, ou sugar canudinhos, isto estimula o sangramento nas primeiras horas após a cirurgia. Um pequeno sangramento é normal. Se ocorrer um sangramento mais intenso, morda firmemente uma gaze sobre a área da cirurgia por uns 30 minutos.
5. Manter a higiene bucal através de escovação com escova dental macia e, na área da cirurgia, efetuar a limpeza com um cotonete úmido em uma solução anti-séptica, soro fisiológico ou água salina. A higiene é extremamente importante para evitar complicações ou infecções pós cirúrgicas.
6. Manter a cabeça mais elevada ao deitar-se, utilizando um travesseiro alto ou dois travesseiros normais.
7. Não puxar os pontos, retornar após 7 dias para a remoção dos mesmos.

De 24 a 48 horas após a cirurgia (2º dia):

1. Dieta pastosa à temperatura natural.
2. Manter repouso.
3. Evitar cuspir ou fazer bochechos mais vigorosos.
4. Manter higiene bucal.

Após 48 horas (a partir do 3º dia)

1. Dieta livre conforme tolerância.
2. Manter repouso.
3. Fazer bochechos com solução anti-séptica ou soro fisiológico ou água salina morna (½ colher das de chá de sal em um copo de água morna) no mínimo 6 vezes ao dia.
4. Manter a higiene bucal.
5. Se o rosto estiver inchado após 48 horas da cirurgia, fazer compressas mornas na face de 4 a 6 vezes ao dia, até desinchar.

Observações:

1. O inchaço após a cirurgia é considerado normal. Ele atinge seu pico máximo em cerca de 48 horas e geralmente dura 4 a 6 dias. Às vezes o inchaço é muito acentuado e pode ocorrer uma dificuldade de abrir a boca.
2. Raramente poderão ocorrer hematomas ou equimoses (manchas arroxeadas na pele). Isso é considerado normal para algumas pessoas e depende do tipo de cirurgia realizada e desaparece após 7 a 14 dias.

Recomendações pós-operatórias

Alimentação:

No primeiro dia refeição líquida, gelada ou fria, não ácida e sem resíduos.

Tome bastante líquido e se alimente adequadamente após a cirurgia. A alimentação deverá ser cautelosa na primeira semana. Evite alimentos ácidos e dê preferência aos alimentos semi-líquidos ou pastosos, passados pelo liquidificador e peneirados (exemplo: suco de frutas, sopas bem nutritivas e mingaus, são os mais indicados)

Nas cirurgias de enxerto, manter alimentação pastosa e sem resíduos durante 30 dias.

Cuidados:

Manter repouso relativo até o quarto dia pós-intervenção, sem atividades esportivas ou esforços físicos, sem exposição ao sol ou calor.

Evitar o uso de analgésicos que contenham Ácido Acetilsalicílico nesta fase de recuperação. Exemplo: AAS, Aspirina, Melhoral, Aspirina C, Buferin, Coristina D, Doloxene A, Doril, Engov, Sonrisal, Superhist, ...

Remoção das bandagens somente 48 horas pós-intervenção ou conforme recomendação do profissional.

Usar compressas geladas na face no lado operado no primeiro dia.

Medicação:

Seguir rigorosamente a prescrição dos medicamentos.

Passado o efeito da anestesia, e sentir dor, tome o analgésico prescrito; se a dor persistir após 3 horas, comunique-se com o profissional responsável.

Qualquer medicamento prescrito deverá ser tomado rigorosamente nos dias e horários recomendados.

Recomendações:

Retornar para controle pós-cirúrgico conforme orientação recebida.

Higiene da boca pode ser feita lavando-a cuidadosamente com água fria. Evitar fazer qualquer esforço ou bochechos durante 48 horas.

Na área suturada, passar suavemente cotonete embebido em Clorexidina 0,12% (Noplak).

Os cicatrizadores (parafusos que ficam expostos) devem ser bem limpos com cotonete ou gaze embebida em Clorexidina 0,12%.

Eventualmente poderão ocorrer sangramentos, observado na saliva, isso nas primeiras horas após a intervenção cirúrgica, é normal desaparecendo logo. Caso o sangramento seja excessivo ou forme coágulos abundantes, comunique-se com o profissional responsável imediatamente. Em hipótese alguma lave a boca, para evitar sangramento ou mesmo remover coágulos.

Caso ocorra o rompimento da sutura (ponto), ou a ferida cirúrgica se abra, comunique-se imediatamente com o profissional responsável.

Se perceber uma crosta branco-amarelada sobre a cirurgia, não deverá ser removida; ela constitui uma defesa do organismo.

Nos casos de colocação de enxertos e/ou barreiras: se perceber a presença de pus ou cheiro forte comunique-se imediatamente com o profissional responsável.

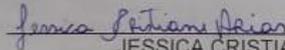
ATENÇÃO:

Edema (Inchaço), é um sinal normal em qualquer processo de reparação no organismo, podendo variar de intensidade de um caso para outro. O uso correto dos medicamentos, da bolsa de gelo e da bandagem, geralmente controla a intensidade e duração do processo, mas não necessariamente impede sua ocorrência.

Qualquer dúvida com relação a estas instruções, entre em contato com o profissional responsável. O respeito às instruções acima é fundamental para o sucesso e bom resultado do procedimento durante e após a cirurgia.

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O USO DE IMAGEM**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**

Eu JESSICA CRISTIANE ARIAS, RG 14.211.047-4, CPF 100.468.169-09 residente e domiciliado(a) no endereço, DONA ANASTACIA n.º 195, bairro BOQUEIRAO Cidade GUARAPUAVA autorizar e estar ciente de que o atendimento prestado na Clínicas Integradas Guairacá, no setor de ODONTOLOGIA, é realizado por estagiários de cursos superiores das áreas da saúde, orientados e supervisionados pelos responsáveis técnicos do referido setor. Por ser a Clínicas Integradas Guairacá uma Clínica Escola, AUTORIZO o uso gratuito da imagem e demais características pessoais do paciente supra nominado, para a realização de campanhas promocionais e institucionais, também trabalhos de pesquisa e estudos da Faculdade Guairacá, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral (nacional/internacional) e/ou apenas para sua comunidade interna. Sem mais, firmo presente em 02(duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus feitos legais.



JESSICA CRISTIANE ARIAS

ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO DO USUÁRIO**TERMO DE COMPROMISSO DO USUÁRIO**

O Regulamento das Clínicas Integradas Guairacá estabelece em seu Art. 37, incisos VII e VIII, que o(a)s usuário(a)s deverão, com o máximo de antecedência possível, comunicar a recepção da "Clínicas Integradas Guairacá" sobre suas faltas a sessões de tratamento clínico. E no caso de duas faltas consecutivas ou três faltas alternadas sem prévia comunicação à recepção das "Clínicas Integradas Guairacá", será exigido(a) usuário(a) nova solicitação de prestação de serviços de atendimento à saúde.

Essa regra visa organizar e manter a qualidade dos serviços prestados pela "Clínicas Integradas Guairacá" à comunidade.

Diante disso, eu, Jessica Cristiane Pires
portador(a) do RG
nº 34 213.047-4, declaro estar ciente do meu compromisso
comunicar previamente a recepção da "Clínicas Integradas Guairacá" em caso(s) de vir a
faltar em sessões de atendimento.

Jessica Cristiane Pires
Assinatura do paciente ou responsável