

Relato de Caso

Autotransplante Dentário como Alternativa Reabilitadora em Pacientes Jovens: Relato de Caso

Andrezza Vital Medeiros ^{1,*}, Raimundo Thompson Gonçalves Filho ¹, José Lincoln Carvalho Parente ¹, Murilo Alves Teixeira Neto ¹, Hyago Marx Rodrigues Pessoa ¹, Adália Ribeiro Lima ¹

¹ Hospital da Polícia Militar do Estado do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

* Correspondência: andrezza.medeiros@edu.unifor.br.

Resumo: O autotransplante dentário (TAD) consiste na transferência cirúrgica de um dente do próprio paciente para outro alvéolo, representando uma alternativa biológica, funcional e de baixo custo para a reabilitação oral, especialmente em pacientes jovens em fase de crescimento, nos quais implantes dentários podem estar contraindicados. O estudo apresenta um relato de caso de paciente feminina de 13 anos com inclusão dos dentes 46 e 47. Após a remoção do dente 46 e acompanhamento da cicatrização óssea, observou-se que o dente 47 apresentava posição horizontal sem possibilidade de erupção adequada. Assim, foi indicado o autotransplante do dente 47 para o alvéolo do 46. O procedimento foi realizado de forma minimamente traumática, com preparo do alvéolo receptor, posicionamento do dente em leve infraoclusão e contenção com sutura. A evolução clínica demonstrou cicatrização satisfatória, ausência de sinais infecciosos e adequada adaptação do dente transplantado. Após um ano e sete meses de acompanhamento, verificou-se integração dente-alvéolo, neoformação óssea, vitalidade pulpar preservada e ausência de reabsorções radiculares, confirmando o sucesso do tratamento. A literatura destaca que o sucesso do TAD depende de fatores como manejo cirúrgico atraumático, preservação do ligamento periodontal, curto tempo extraoral do dente doador, planejamento por exames de imagem e estabilidade adequada após o transplante. Entre as vantagens do método estão a preservação do osso alveolar, manutenção do espaço dentário, possibilidade de movimentação ortodôntica e maior previsibilidade em pacientes jovens, principalmente quando o dente doador apresenta raiz incompleta. Conclui-se que o autotransplante dentário, quando corretamente indicado e executado, constitui uma alternativa segura e eficaz para reabilitação oral em pacientes jovens, proporcionando benefícios funcionais, estéticos e biológicos a longo prazo.

Palavras-chave: Transplante Dentário; Dente Incluso; Adolescente.

Citation: Medeiros AV, Gonçalves Filho RT, Parente JLC, Teixeira Neto MA, Pessoa HMR, Lima AR. Autotransplante Dentário como Alternativa Reabilitadora em Pacientes Jovens: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr185.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr185>

Received: 9 Fevereiro 2026

Accepted: 16 Abril 2026

Published: 27 Abril 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O autotransplante dentário (TAD) é caracterizado pela realocação cirúrgica de um dente incluso, impactado ou erupcionado para outro alvéolo no mesmo indivíduo com o intuito de reabilitar uma perda dentária precoce utilizando uma opção biológica mais acessível e mantendo o maior número de dentes naturais possíveis. É uma opção com baixo custo e de longo prazo para adolescentes que possuem dentes significativamente comprometidos ou agenesia, sendo assim, o TAD de dentes imaturos é uma alternativa e pode oferecer mais vantagens para um paciente em fase de crescimento [1].

A literatura menciona uma série de processos necessários para o sucesso do TAD, dentre eles: avaliação de exames de imagem, exodontia atraumática, manejo extraoral do

dente doador, a transferência do dente para o alvéolo receptor e a escolha da fixação deste. Para uma alta taxa de sucesso, todos esses passos devem ser criteriosamente seguidos [2]. Devido às limitações do tratamento reabilitador com implantes em pacientes em fase de crescimento, o autotransplante é uma alternativa possível em pacientes jovens [3].

O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso clínico de uma cirurgia de transplante dentário autógeno no serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial realizada no Hospital da Polícia Militar do Estado do Ceará em Fortaleza-CE.

2. Relato de caso

Paciente de 13 anos, sexo feminino, normossistêmica, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital da Polícia Militar do Estado do Ceará em Fortaleza-CE encaminhada pelo ortodontista para avaliação dos dentes 46 e 47 inclusos. Em imagem de radiografia panorâmica evidenciou-se os dentes 46 e 47 inclusos e o germe dentário do 48 (Figura 1). Devido ao grau de inclusão e da pouca idade da paciente, foi realizada a remoção do 46 sob anestesia geral, com realização de osteotomia e odontosseção.

Figura 1. Radiografia panorâmica inicial evidenciando dentes 46 e 47 e germe do 48 inclusos.



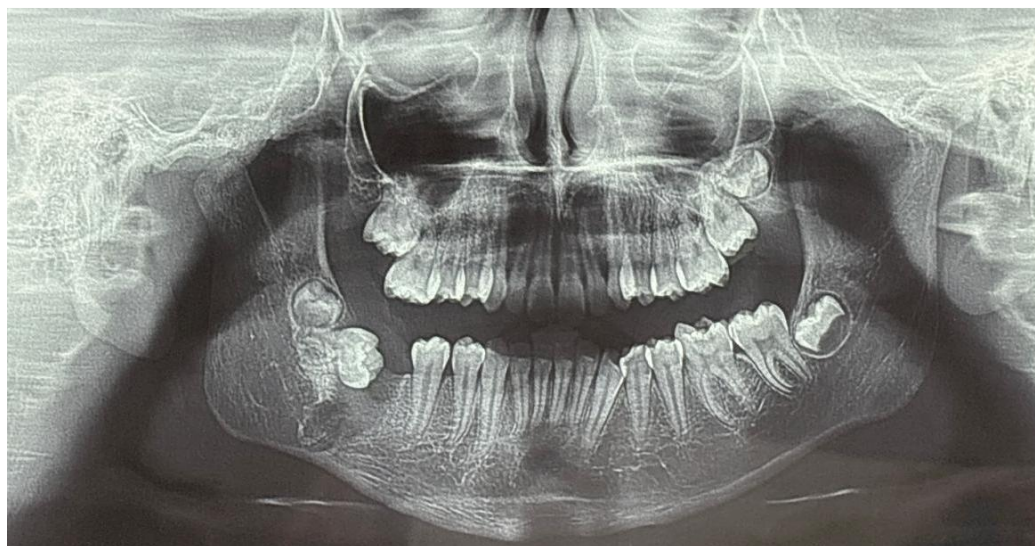
A paciente evoluiu com cicatrização satisfatória, sem sinais de infecção e, com um mês de pós-operatório, foi notada neoformação óssea (Figura 2). A tentativa inicial foi de manutenção do dente 47 na expectativa de que ele ocupasse a posição do dente 46. Em avaliação com o ortodontista da equipe foi pensado na possibilidade de verticalização ortodôntica do dente 47 em posição horizontal utilizando ancoragem esquelética e alças de verticalização. Porém existiria a possibilidade de insucesso desta tentativa além do longo tempo de tratamento o que inviabilizou esta opção, levando a escolha do autotransplante como tratamento viável para a paciente.

Desta forma, após sete meses da primeira cirurgia (Figura 3), foi sugerido à paciente e à responsável a realização de cirurgia de autotransplante dentário do dente 47 para a região do dente 46, por se tratar de um tratamento de baixo custo, indicado para pacientes jovens e biologicamente favorável, possibilitando reabilitação funcional e estética, além da manutenção do espaço no arco e do volume ósseo alveolar, utilizando um dente sem possibilidade de erupção. O elemento 47 encontrava-se em estágio 8 de Nolla, considerado ideal para a realização do autotransplante, devido ao desenvolvimento radicular incompleto e maior potencial de revascularização. Para uma avaliação mais precisa do procedimento, foi solicitada uma tomografia computadorizada helicoidal, única disponível no serviço deste hospital (Figuras 4 e 5).

Figura 2. Radiografia panorâmica de um mês de pós-operatório da remoção do dente 46, evidenciando alvéolo em cicatrização, dente 47 mesioangulado e germe do 48 em formação.



Figura 3. Radiografia panorâmica de um mês de pós-operatório da remoção do dente 46, evidenciando a não mesialização do dente 47 e o estágio 8 de Nolla.

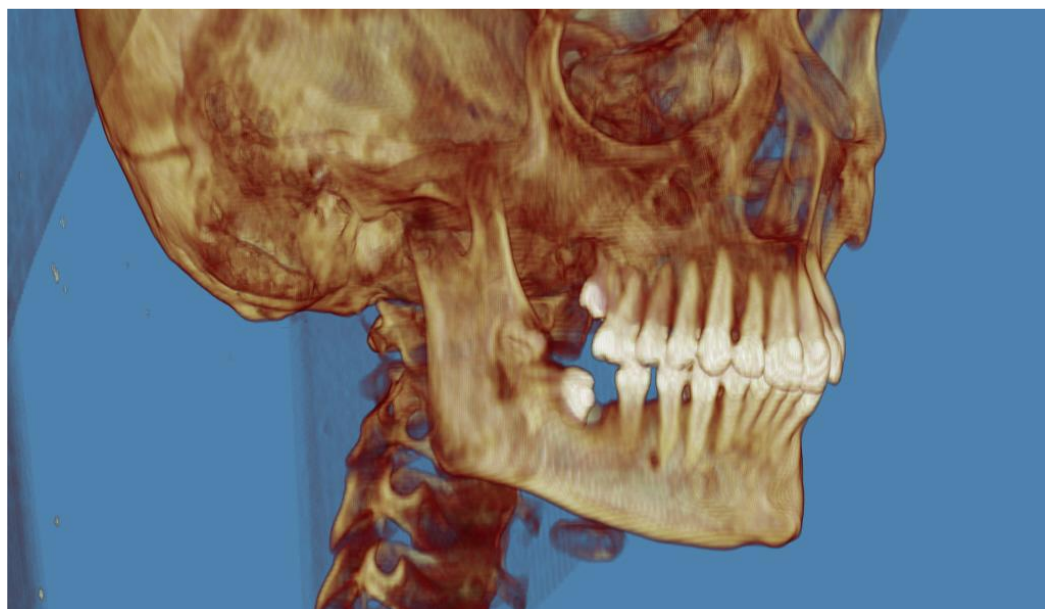


O TAD foi realizado sob anestesia local, em ambiente ambulatorial, seguindo princípios de mínima intervenção e preservação dos tecidos. Inicialmente, procedeu-se ao preparo do alvéolo receptor por meio de osteotomia gradual, utilizando brocas cirúrgicas nº 702 e esférica nº 8 em alta rotação, sob irrigação abundante e contínua, visando evitar aquecimento ósseo e promover adequada conformação do leito receptor. Durante o procedimento, realizou-se a verificação periódica da adaptação das raízes do elemento doador ao alvéolo receptor, sendo o dente mantido, sempre que possível, em seu alvéolo de origem, a fim de preservar a viabilidade das células do ligamento periodontal.

Figura 4. Reconstrução panorâmica da tomografia computadorizada e radiografia panorâmica de 07 meses pós-operatório da remoção do 46 onde observa-se dente 47 em posição horizontal.



Figura 5. Reconstrução 3D da tomografia computadorizada helicoidal de 07 meses pós-operatório da remoção do 46 onde observa-se dente 47 em posição horizontal.



Após o preparo adequado do leito receptor, o dente foi cuidadosamente posicionado, apresentando estabilidade primária satisfatória e adaptação adequada às paredes alveolares. Optou-se por manter o elemento em leve infraclusão, com o objetivo de evitar trauma oclusal precoce no pós-operatório imediato, o qual poderia comprometer o processo de cicatrização, além de favorecer a erupção espontânea para uma posição funcional adequada, considerando o potencial eruptivo decorrente dos ápices ainda abertos. Para estabilização, foi realizada sutura em "X" com fio reabsorvível Vicryl® 4-0. (Figuras 6A a 6D).

Figura 6. A. Transoperatório da cirurgia do AT evidenciando o acesso cirúrgico, descolamento de tecido gengival, a remoção cirúrgica do dente doador minimamente traumática utilizando um descolador de molt. B. Luxação do dente 47 e manutenção do mesmo em seu alvéolo para minimizar lesão do ligamento periodontal. C. Adaptação do dente transplantado no alvéolo receptor após preparo com osteotomia em posição de infra oclusão. D. Sutura sob o dente doador em forma de "x" utilizando Vicryl 4.0.



No pós-cirúrgico imediato foi realizada a prescrição de terapia antibiótica com amoxicilina 500mg a cada oito horas durante sete dias, por se tratar de um sítio potencialmente contaminado com osteotomia para preparo do alvéolo o que aumenta o risco de infecção no pós-operatório, ibuprofeno de 600mg a cada oito horas durante três dias, dipirona de 500mg a cada seis horas enquanto houvesse dor e com orientação de dieta pastosa. O pós-operatório de sete dias o dente estava em posição sem sinais de infecção, sem mobilidade excessiva e com higiene bucal satisfatória. Após quatorze dias, o dente apresentava discreta mobilidade, mas sem processo infeccioso ou inflamatório e a sutura mantida, tendo sido removida na terceira semana.

Em um mês após o transplante, o aspecto clínico do dente e da gengiva estava satisfatório, com discreta mobilidade e não apresentava queixas álgicas. A radiografia panorâmica pós-operatória de um mês mostrou boa adaptação das raízes do 47 no alvéolo do 46 (Figuras 7A e 7B). Foi realizado teste de sensibilidade pulpar com diagnostico positivo não havendo necessidade de tratamento endodôntico, além do teste de sensibilidade pulpar foi realizado teste de sondagem periodontal para avaliação de possíveis bolsas, contudo, foi observado boa inserção periodontal ao redor de todo o dente.

Figura 7. A. Radiografia panorâmica com um mês de pós-operatório do TAD do dente 47 para o alvéolo do 46 onde observa-se o dente bem adaptado ao alvéolo, espessamento do ligamento periodontal com neoformação óssea e dente com uma leve infra oclusão. B. Imagem clínica com um mês de pós-operatório do TAD evidenciando o dente em infra oclusão, boa higiene oral sem sinais de inflamação.



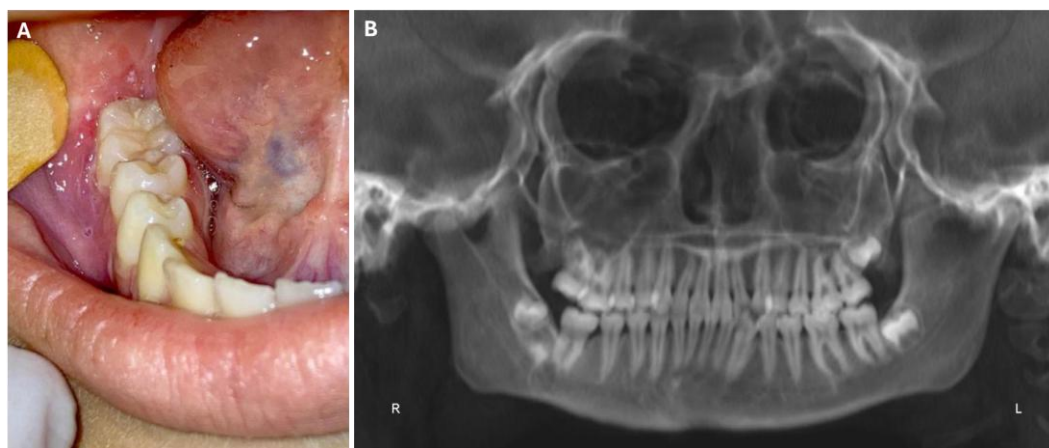
Após sete meses, em nova imagem panorâmica (Figura 8) observa-se adequada integração dente/alvéolo, com manutenção do espaço do ligamento periodontal e lâmina dura contínua. Nota-se trabeculado ósseo compatível com neoformação e remodelação óssea na região. O dente transplantado apresenta-se em posição funcional, com relação oclusal satisfatória e ápice fechado, sem evidências de reabsorções radiculares.

Figura 8. Panorâmica com sete meses de pós-operatório do TAD do dente 47 para o alvéolo do 46 onde observa-se o dente bem adaptado ao alvéolo, espessamento do ligamento periodontal com neoformação óssea, dente em oclusão com ápice fechado.



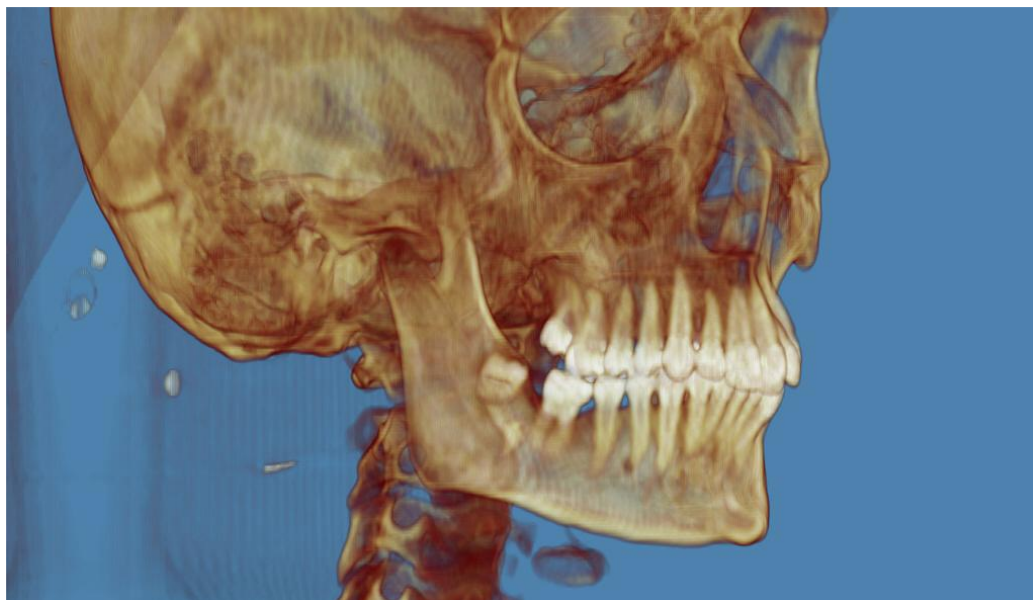
Após um ano e sete meses de pós-operatório do autotransplante notou-se boa evolução, sem sinais de reabsorção radicular, dente em 47 em oclusão (Figura 9A, 9B e 10), foi realizado novamente teste de sensibilidade pulpar e teste de sondagem periodontal com diagnóstico positivo e boa inserção periodontal ao redor de todo o dente respectivamente.

Figura 9. A. Foto clínica com um ano e sete meses do TAD do dente 47 para o alvéolo do 46 onde observa-se o dente bem adaptado ao alvéolo, em oclusão, boa higiene oral sem sinais de infecção. B. Reconstrução panorâmica da tomografia computadorizada e radiografia panorâmica de um ano e sete meses pós-operatório do autotransplante evidenciando o dente em posição e sem sinais de reabsorção óssea.



Paciente encontra-se atualmente com boa evolução pós-operatória, sem queixas e com acompanhamento anual neste serviço.

Figura 10. Reconstrução 3D da tomografia computadorizada helicoidal de um ano e sete meses pós-operatório do autotransplante evidenciando o dente em posição e sem sinais de reabsorção óssea.



3. Discussão

Algumas vantagens do TAD são bem descritas na literatura, como a preservação do osso alveolar e dos tecidos gengivais, possibilidade movimentações ortodôntica e manutenção da vitalidade dental. Este é um tratamento com menor custo, menor duração e uma opção mais natural para o paciente, fato este defendido por Tan et al. [4] que defendem um tratamento biológico pois o paciente conseguirá manter a maior quantidade de dentes naturais em boca. No entanto, de acordo com Kumar et al. [5], mesmo com todos os benefícios descritos e sendo uma opção viável para o paciente, a prática do TAD não é realizada devido à falta de conhecimento de alguns profissionais.

As desvantagens desta técnica consistem na necessidade de um excelente manejo cirúrgico, com o intuito de minimizar o trauma ao dente doador a fim de diminuir o risco de danos irreversíveis ao ligamento, anquilose ou reabsorção radicular, além da necessidade do tratamento endodôntico, quando o dente transplantado possui formação radicular completa. Em casos de dentes com formação radicular incompleta, não há necessidade de tratamento endodôntico [3]. No caso descrito, não foi necessário tratamento endodôntico devido ao ápice aberto, a pouca idade da paciente e a confirmação da sensibilidade pulpar após avaliação endodôntica.

A literatura mostra que alguns profissionais sugerem a realização do tratamento endodôntico após o procedimento de autotransplante. Porém, esse procedimento se mostrou desnecessário em dentes doadores com ápice aberto. Segundo Plotino et al. [6] dentes doadores com raízes incompletas possuem acesso competente para o suprimento sanguíneo. Além disso, o TAD de dentes doadores com raiz incompleta possui uma taxa de sucesso de 94% e uma taxa de 84% para dentes doadores com formação radicular completa [1]. Ressaltando que, potencial de revascularização e de regeneração das células do ligamento periodontal é maior em pacientes jovens do que em pacientes mais velhos [7].

Os exames de imagem são indispensáveis para o planejamento do procedimento, pois através deles, pode-se avaliar a anatomia exata do dente doador e do leito receptor, constatar a presença ou ausência de infecções como também o estado de desenvolvimento do dente, já que o TAD deve ser realizado de preferência quando o dente doador tiver atingido o estágio 8 de Nolla. Alguns princípios influenciam o resultado do tratamento de

autotransplante, como: técnica precisa durante a exodontia, curto tempo extra oral do dente doador, armazenamento adequado em saliva ou solução fisiológica, distância de 0,5 a 1,0 milímetros entre o dente e o alvéolo receptor com o intuito de evitar anquilose devido ao tecido ósseo atingir a superfície radicular muito rápido, caso seja pouco espaço e evitar a demora do tecido ósseo alcançar a raiz, caso a distância seja grande [1]. Essa conduta é também corroborada por Plotino et al. [6] e Armstrong et al. [8], que relatam que a excelente cicatrização do dente transplantado está fortemente relacionada à quantidade de células blásticas aderidas ao dente. Alguns métodos podem ser utilizados para minimizar o risco de lesão nas fibras periodontais, como, por exemplo, a piezocirurgia, relatada por Silva et al. [3], que é um instrumento que utiliza frequências específicas de vibração na ponta do dispositivo para facilitar a exodontia.

Em alguns casos, devido à anatomia do alvéolo receptor, é necessário o preparo do alvéolo para receber o dente doador e esse preparo requer um tempo estimado. No entanto, Tang et al. [1] relatam que o dente doador pode passar até 18 minutos fora do alvéolo. Já Huang et al. [7] e Plotino et al. [6] alegam que esse tempo não deve ultrapassar 15 minutos. Tempos maiores que esses podem favorecer a anquilose e a reabsorção radicular, como também diminuir as chances de sobrevivência do dente. Sendo assim, visando preservar o pH e o potencial osmótico, o dente doador deve permanecer na saliva ou mergulhado em solução salina durante todo o preparo do alvéolo receptor. Logo, para minimizar o tempo extraoral, o dente doador deve permanecer em seu alvéolo de origem durante a preparação do alvéolo receptor.

A estabilidade do dente após o transplante influencia diretamente no prognóstico, visto que a pouca estabilidade pode gerar deslocamento do mesmo e uma fixação firme e a longo prazo pode afetar de forma negativa a cicatrização. Deste modo, a fixação não rígida com fios de sutura por sete a dez dias tem sido bastante utilizada [5]. A terapia antibiótica por sete dias é defendida por alguns autores. Nos estudos realizados por Tan et al. [4] e Chung et al. [2], a taxa de falha no autotransplante é maior em casos em que não foi realizada a antibioticoterapia quando comparada com casos em que foi feita a antibioticoterapia. Plotino et al. [6] defendem que a profilaxia antibiótica deve ser realizada somente em pacientes que realizam tratamento com bifosfonatos intravenosos, portadores de válvulas cardíacas protéticas, cardiopatas, pacientes com endocardite bacteriana ou com defeitos cardíacos congênitos. O método escolhido para o caso foi o defendido por Tan et al. [4] e Chung et al. [2], a prescrição antibiótica durante sete dias visando reduzir o risco de infecções bacterianas e consequentemente diminuindo as taxas de reabsorção radicular. A clorexidina exerce um papel considerável por sua ação bacteriostática e bactericida, ajudando a reduzir o risco de infecções no pós-operatório, minimizando o risco de reabsorção radicular, controlando a placa bacteriana e reduzindo falha no TAD [9].

O sucesso do autotransplante dentário é descrito na literatura por suas características bem distintas, como: presença de lâmina dura e profundidade da bolsa periodontal dentro dos padrões de normalidade, ausência de sinais de inflamação ou tecido patológico evidenciados na radiografia, contorno e cor gengival após a fixação dentro da normalidade e função mastigatória satisfatória sem desconforto [1], o que foi encontrado neste caso após o tempo de acompanhamento do mesmo, mostrando o sucesso do tratamento em questão.

4. Conclusão

O presente relato de caso, aliado à revisão da literatura, demonstrou que o autotransplante dentário, quando realizado de forma criteriosa, representa uma opção eficaz e viável na reabilitação oral em pacientes jovens, favorecendo função mastigatória, estética, manutenção do ligamento periodontal além da preservação do osso alveolar. Diante da idade da paciente e das contraindicações ao uso de implantes dentários em pacientes em crescimento o autotransplante dentário foi estabelecido como o tratamento de escolha, evidenciando ser uma técnica segura e eficaz quando bem planejada e executada.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente forneceu consentimento livre e esclarecido por escrito para participar, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas descritas na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Tang H, et al. Autotransplantation of mature and immature third molars in 23 Chinese patients: a clinical and radiological follow-up study. *BMC Oral Health*. 2017 Dec;17(1):163. doi:10.1186/s12903-017-0468-0.
2. Chung WC, Tu YK, Lin YH, Lu HK. Outcomes of autotransplanted teeth with complete root formation: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41(4):412-423. doi:10.1111/jcpe.12228.
3. Silva MHC, Lacerda MFL, Chaves MGAM, Campos CN. Autotransplantation of a mandibular third molar: a case report with 5 years of follow-up. *Braz Dent J*. 2013 May-Jun;24(3):289-294. doi:10.1590/0103-6440201302177.
4. Tan H, et al. Tooth autotransplantation: an umbrella review. *Dent Traumatol*. 2023 Feb;39(1):2-29. doi:10.1111/edt.12836.
5. Kumar R, Khambete N, Priya E. Successful immediate autotransplantation of tooth with incomplete root formation: case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013 May;115(5):e16-e21. doi:10.1016/j.oooo.2011.10.034.
6. Plotino G, et al. European Society of Endodontology position statement: surgical extrusion, intentional replantation and tooth autotransplantation. *Int Endod J*. 2021 May;54(5):655-659. doi:10.1111/iej.13456.
7. Huang J, et al. Outcomes of autotransplanted third molars with complete root formation: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract*. 2023 Jun;23(2):101842. doi:10.1016/j.jebdp.2023.101842.
8. Armstrong L, O'Reilly C, Ahmed B. Autotransplantation of third molars: a literature review and preliminary protocols. *Br Dent J*. 2020 Feb;228(4):247-251. doi:10.1038/s41415-020-1264-9.
9. Taulé EL, et al. Does root development status affect the outcome of tooth autotransplantation? A systematic review and meta-analysis. *Materials (Basel)*. 2022 May;15(9):3379. doi:10.3390/ma15093379.