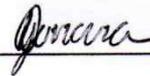


Monografia intitulada "Reparo da lesão de endo-perio: relato de caso", de autoria da aluna "Fabíola Mendonça Cordeiro", aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Orientador: " Prof. Ms. Héctor Michel de Sousa Rodrigues"



Professor Examinador: "Prof. Ms Leonardo Ubaldo"



Professor Examinador: "Prof. Ms. Albano Teixeira de Freitas"

ESTAÇÃO ENSINO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

FABÍOLA MENDONÇA CORDEIRO

**REPARO DA LESÃO DE ENDO-PERIO: RELATO DE
CASO**

BELO HORIZONTE
2017

FABÍOLA MENDONÇA CORDEIRO

**REPARO DA LESÃO DE ENDO-PERIO: RELATO DE
CASO**

Monografia apresentada ao curso de Pós Graduação da Estação Ensino, como requisito para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Héctor Rodrigues

BELO HORIZONTE

2017

**REPARO DA LESÃO DE ENDO-PERIO: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Endodontia

Apresentação monografia em _____ / _____ / _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Coordenador: Prof.

Orientador: Prof. Hector Rodrigues

Reparo da Lesão de Endo-perio: Relato de caso

CORDEIRO, Fabíola; RODRIGUES, Hector

RESUMO

A junção da doença pulpar e periodontal em um mesmo dente é identificada como lesão de endopério, sendo caracterizada como inflamação ou degeneração de ambos os tecidos. Este estudo relatou um caso clínico para enfatizar a importância do correto diagnóstico dessas lesões, com manejo de uma terapia eficaz, proporcionando a cura da doença. Assim mostrou que a indicação prévia da endodontia, em muitos casos, é suficiente para solucionar efetivamente tanto a doença pulpar quanto a periodontal.

Palavras-chave: lesão endo-perio, endodontia, diagnóstico diferencial

ABSTRACT

The junction of pulpal and periodontal disease in a single tooth is identified as an endo-periolesion, being characterized as inflammation or degeneration of both tissues. This study reported a clinical case to emphasize the importance of correct diagnosis of these lesions, with management of an effective therapy, providing cure of the disease. Thus, it was shown, that something cases, that the prior indication of endodontics is sufficient to effectively resolve both pulpal and periodontal disease.

Keywords: endo-perio lesion, Endodontic, differential diagnosis

1. INTRODUÇÃO

A lesão endopério é identificada pela junção da doença pulpar e periodontal em um mesmo dente, tendo como consequência a inflamação ou degeneração de ambos os tecidos. Ela pode ser causada por inúmeras comunicações que a polpa tem com o periodonto (SOUZA *et al.*, 2016).

Esses tecidos estão intimamente relacionados e se originam do ectomesenquima (Mandel; Torabinejad, 1993 *apud* AKSEL.;SERPER, 2014; KUMAR *et al.*, 2011). A polpa se origina da papila dentária, o ligamento periodontal do folículo dentário e são separados pela Bainha epitelial de Hertwig. À medida que o dente amadurece, existe uma comunicação entre a polpa e o periodonto através de túbulos dentinários, forame apical, canais laterais e acessórios.

Estas vias de contaminação entre os processos patológicos da necrose pulpar e da periodontite podem ser fisiológicos ou patológicos. As vias fisiológicas são túbulos dentinários, forame apical, canais laterais e acessórios; as patológicas segundo CHAPPLE; LUMLEY, 1999 e AHMED, 2012 podem ser diretas: fratura vertical de raiz e perfuração de raiz ou indiretos como os sulcos radiculares profundos. Estes patológicos podem ser fatores de desenvolvimento ou não. As anomalias de desenvolvimento incluem ranhuras palatogengivais, sulcos radiculares, DenInvaginatus, Hipoplasiacementária e / ou reabsorção.

No estado de doença a polpa e os tecidos periodontais, podem se comunicar através dessas vias (SRINDHI; S.R., 2011; SHASHIKUMAR; NISHA, 2016). O relacionamento entre a doença periodontal e pulpar foi descrita pela primeira vez por Simring e Goldberg em 1964. Desde então, o termo "lesão endo-perio" foi usado para descrever este tipo de lesão devido aos mesmos produtos inflamatórios encontrados nos tecidos periodontais e pulpar.

Para haver sucesso na resolução desse tipo de lesão é fundamental que, previamente ao estabelecimento do diagnóstico e do plano de tratamento, o cirurgião-dentista conheça a anatomia dos tecidos envolvidos, as vias de comunicação entre eles e os eventos etiopatogênicos associados aos mesmos (ROMAGN; GOMES, 2007).

Um fator muito importante no tratamento é o correto diagnóstico. Esse deve ser feito a partir da anamnese e exames complementares como: exame clínico, exame radiográfico, sondagem diagnóstica, teste de vitalidade e exposição cirúrgica, se necessário. Existem também outras técnicas como: palpação, percussão, exame visual, mobilidade e transluminação com fibra óptica. Apenas um teste não é o suficiente para obter-se um diagnóstico preciso e conclusivo. Com intuito de simplificar e ajudar, vários autores propuseram classificações para a lesão endopério (SRINDHI; S.R., 2011; SOUZA *et al.*, 2016).

A maioria dos os autores consultados utilizaram a seguinte classificação para as lesões de Endo-perio (figura 1):

- Doença endodôntica primária;
- Doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundária;
- Doença endodôntica primária com envolvimento periodontal secundária;
- Lesão combinada; envolvimento endodôntico e periodontal em um mesmo momento.

A importância do diagnóstico diferencial sobre a origem das lesões possibilita melhor prognóstico, evitando o seu avanço e conseguinte o risco de perda do elemento dentário. Para isso, é necessário um tratamento interdisciplinar entre periodontia e endodontia, na eminência de um resultado relevante. A preservação desses casos nos indicará possíveis propostas de novos tratamentos futuros, visto que a estabilidade do resultado depende do grau de comprometimento da lesão periodontal e de um controle satisfatório da higiene bucal pelo paciente (SOUZA *et al.*, 2016).

A periodontite retrógrada causada pela doença pulpar é uma causa comum de destruição severa e localizada de tecidos periodontais. Seus sinais e sintomas incluem formação de bolsa periodontal, exsudatos inflamatórios purulentos, perda óssea angular, inchaço e sangramento dos tecidos gengivais e aumento da mobilidade dentária (PEERAN *et al.*, 2013).

Quando a doença secundária é estabelecida e crônica, as doenças primárias e secundárias devem ser tratadas. Em geral, a terapia endodôntica precede a terapia periodontal. E o segundo tratamento pode ou não ser necessário, dependendo do estado da doença. A cura completa do suporte periodontal destruído pode ser esperada após o tratamento da patologia

pulpar. A resolução de destruição extensiva após o tratamento da periodontite crônica é menos previsível. É importante perceber que clinicamente não é possível determinar qual dos dois distúrbios (endodônticos ou periodontais) afetou os tecidos de suporte (SHENOY; SHENOY, 2010). Há sugestões de que o tratamento, nestes casos, deva ser iniciado pela origem pulpar. Esta sequência terapêutica permitiria a cicatrização dos tecidos periapicais e evitaria a remoção de tecido viável (desmineralizado) por meio da instrumentação periodontal (ROMAGN; GOMES, 2007).

O objetivo deste foi relatar um caso clínico para enfatizar a importância do correto diagnóstico das lesões endoperiodontais, juntamente com uma terapia eficaz, proporcionando a cura das lesões.

2. CASO CLÍNICO

Paciente WGB, sexo masculino, sem alteração sistêmica, 30 anos, compareceu ao consultório particular queixando-se de dor. No exame clínico, inicialmente foi realizado sondagem periodontal que apresentou profundidade de sondagem na face vestibular de 6mm no dente 46. Ainda foi constatado edema e fístula na mucosa vestibular, o teste de sensibilidade pulpar ao frio foi negativo, com presença de dor a percussão vertical e ausência a horizontal e a palpação. No exame radiográfico (figura 1) observou-se lesão radiolúcida na raiz mesial na região periapical e de furca.

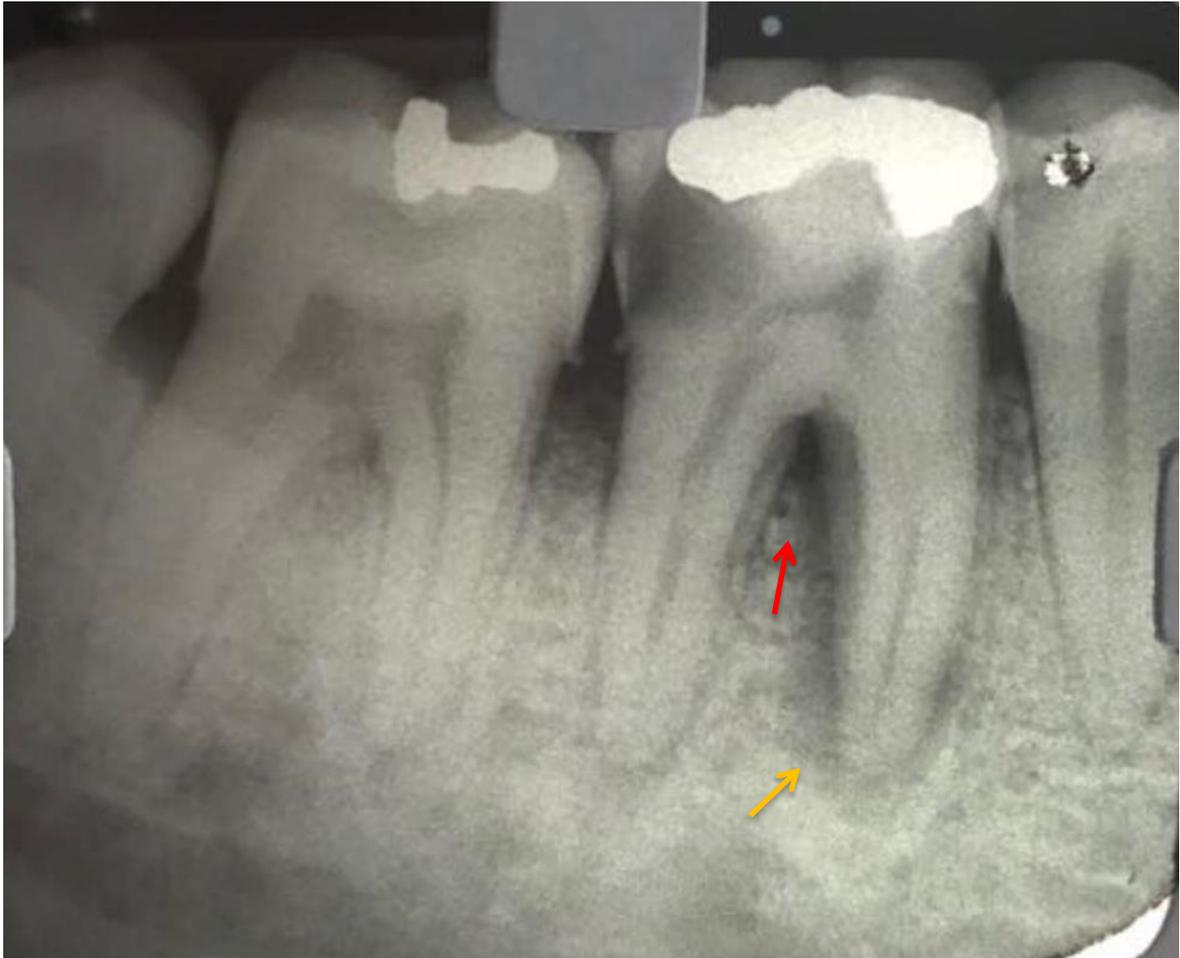


Figura 1: Radiografia inicial, seta indica amarela lesão na raiz mesial e seta vermelha lesão de furca

A conduta adotada para o caso foi remoção de toda a restauração existente, abertura coronária para acesso aos canais, isolamento absoluto e limpeza dos mesmos. A instrumentação do sistema de canais radiculares (SCR) foi realizada em sessão única com o Sistema Protaper Next (DentsplySironaMaillefer, Ballaigues, Suíça) iniciando o preparo pelo terço apical com potência foraminais de acordo com a técnica preconizada pelo fabricante. O local foi irrigado copiosamente com hipoclorito de sódio a 5,25% (Lenza Farma, Belo Horizonte, MG, Brasil) e posteriormente os canais foram preenchidos com a medicação intracanal de hidróxido de cálcio (figura 2), Ultracall XS (Ultradent, South Jordan, UT, EUA).

O hidróxido de cálcio é amplamente utilizado por ter um pH alto, age por contato impedindo a multiplicação microbiana e conseqüentemente a sua sobrevivência. Além dessa propriedade, ele também promove uma barreira física no interior dos canais radiculares dificultando ainda mais a multiplicação bacteriana. Outra característica, é que ele possui uma ação anti-

inflamatória e cria condições favoráveis ao reparo dos tecidos periapicais (SOARES; GOLDBERG, 2001).



Figura 2: Radiografia Panorâmica; canais preenchidos com pasta de hidróxido de cálcio P.A. em veículo aquoso.

O paciente retornou após 3 semanas do preenchimento dos canais com medicação para avaliação do caso com ausência de exsudato e sintomatologia dolorosa, indicando condições favoráveis para a obturação. A obturação foi feita com a técnica híbrida de Tagger, cone de guta percha Oduos (Oduos de Deus, Belo Horizonte, MG, Brasil) e cimento AH Plus (DentsplyMailefer, Ballaigues, VD, Switzerland) (figura 3).



Figura 3: Radiografia imediatamente após obturação.

Após 30 dias da obturação do SCR foi constatado na radiografia de controle melhora da lesão inicial, indicando reparo (figura 4).



Figura 4: Radiografia de controle, 30 dias após obturação mostrando reparo da lesão.

Depois de um ano de controle foi possível observar reparo da lesão inicial que foi solucionada com preparo químico-mecânico e obturação adequada (figura 5).



Figura 5: Radiografia de controle de um ano.

3. DISCUSSÃO

O relato de caso apresentado trata-se de uma lesão de endo-pério, segundo PEERAN *et al.*, 2013, e pode ser classificada por doença endodôntica primária pois o dente em questão apresentou profundidade de sondagem e lesão na área de furca que após o tratamento endodôntico apresentou reparo tecidual. Porém segundo AHMED, 2012, os padrões patológicos das lesões de endo-perio ainda não são satisfatórios, pois as evidências são incompletas em relação aos fatores etiológicos e padrões patológicos. Por isso o tratamento e prognóstico não deve se basear na classificação proposta. É imprescindível considerar cada caso.

As vias de contaminação entre os processos patológicos da necrose pulpar e da periodontite podem ser fisiológicas ou patológicas. As vias fisiológicas são túbulos dentinários, forame apical, canais laterais e acessórios; as patológicas segundo CHAPPLE; LUMLEY, 1999 e AHMED, 2012 podem ser diretas: fratura vertical de raiz e perfuração de raiz ou indiretas: como os sulcos radiculares profundos. Estes patológicos podem ser fatores de desenvolvimento ou não. As anomalias de desenvolvimento incluem ranhuras palatogingivais, sulcos radiculares, DenInvaginatus, Hipoplasiacementária e / ou reabsorção. Nesse relato

ficou evidente pelo extravasamento de pasta de hidróxido de cálcio a contaminação pela via fisiológica, canais laterais e acessórios (figuras 2 e 4 nas quais é visível o extravasamento do cimento evidenciando os mesmos).

ROTSTEIN; SIMON, 2004 e ROTSTEIN; SIMON, 2006 estimam que 30-40% de todos os dentes tenham canais laterais ou acessórios e a maioria deles são encontrados no terço apical da raiz. Contudo, a prevalência da doença periodontal associada aos canais laterais é relativamente baixa. Os canais acessórios estão localizados na região de furca de molares e podem ser uma via direta de comunicação entre a polpa e o periodonto. A prevalência dos acessórios pode variar de 23% para 76%. A presença desses é um caminho em potencial para a disseminação de subprodutos bacterianos e toxinas, resultando em um processo inflamatório direto no ligamento periodontal.

O diagnóstico correto é um pré-requisito essencial para determinar o tratamento e o prognóstico a longo prazo. Assim como neste estudo, o tratamento endodôntico adequado também foi considerado por AKSEL; SERPER, 2014 um fator chave para o sucesso. A cura de uma lesão endodôntica é altamente previsível, mas o reparo ou regeneração de tecidos periodontais é questionável se associado a lesão endodôntica (PATIL; ESHPANDE, 2009; NARANG; NARANG; GUPTA, 2011; MALI; VISHAKHA, 2011).

A abordagem do caso considerou como ROMAGN; GOMES, 2007, SHENOY; SHENOY, 2010, PEERAN *et al.*, 2013; que quando não se consegue estabelecer um diagnóstico, deve-se considerar a lesão sendo de origem pulpar, porque como o apresentado nesse estudo o tratamento endodôntico pode corrigir ambas as lesões.

Durante mais de 70 anos, o hidróxido de cálcio tem desempenhado um papel importante na terapia endodôntica (CARROTTE, 2004).

Quando a etiologia da lesão é puramente endodôntica, o hidróxido de cálcio pode ser usado como medicamento intracanal (AYNA; AYNA; ÇELENK, 2010). É um excelente medicamento porque é bactericida, anti-inflamatório e proteolítico; inibe a reabsorção; e isso favorece o reparo. É especialmente eficaz em lesões endodônticas com extensa patologia periapical e pseudo-bolsas, o que parece com o apresentado neste, devido à sua ação

obturadora temporária que inibiria a contaminação periodontal via canais de comunicação. O tratamento com hidróxido de cálcio resolve a pseudo bolsa dentro de algumas semanas, como se pode comprovar no caso apresentado. No entanto, lesões que são verdadeiras lesões combinadas, apresentam pouco ou nenhuma melhora na região do periodonto após o tratamento endodôntico, que podem ter tratamento bem sucedido se combinado aos materiais de regeneração óssea (NARANG; NARANG; GUPTA, 2011).

Nos casos de lesões periapicais extensas, na tentativa de reverter esta situação de maneira conservadora tem sido utilizada, como medicação intracanal, pastas iodoformadas extravasadas além do canal radicular. O iodofórmio é radiopaco, e dissipa lentamente em contato com o ar e a temperatura ambiente, onde é lentamente reabsorvível na região periapical e praticamente não se reabsorve dentro do conduto, estas pastas tem-se mostrado bastante efetivas, além de estimular a reparação tecidual (NETO *et al.*, 2017).

4. CONCLUSÃO

No presente caso, o adequado preparo químico mecânico do SCR, a correta desinfecção e o uso do curativo de demora com o hidróxido de cálcio favoreceram o reparo dos tecidos periapicais, levando ao sucesso. Assim a indicação prévia da endodontia foi suficiente para solucionar efetivamente tanto a doença pulpar quanto a periodontal.

REFERENCIAS

AKSEL, H.; SERPER, A..**A case series associated with different kinds of endoperio lesions.** J ClinExp Dent., n. 6, v.; p. e 91-95, 2014.

AHMED, Hany Mohamed Aly. **Different perspectives in understanding the pulp and periodontal intercommunications with a new proposed classification for endo-periolesions.** Quintessence Publishing – Rev. Endo, ed. 2, v.6, p. 87-104, 2012.

AYNA, Buket; AYNA, Emrah; ÇELENK, Sema.**Endodontic and prosthetic treatment of teeth with periapical lesions in a 16-year-old-girl** J Appl Oral Sci, n. 18, v. 2, p. 201-216, 2010.

BALLAL, N. V.; JOTHI, V.; BHAT, K. S.; BHATK, M..**Salvaging a tooth with a deep palatogingival groove: an endo-perio treatment – a case report.**International Endodontic Journal, n.40, p. 808–817, 2007.

BASHUTSKI, Jill D. ;WANG, Hom-Lay. **Periodontal and Endodontic Regeneration.** JOE, n.3,v.35, março, 2009.

CARROTTE, P. **Endodontics: Part 9 Calcium hydroxide, root resorption, endo-perio lesions.** British Dental Journal, n.12, v. 197, p.735-746, DECEMBER, 2004.

CASTRO, Isabele Cardoso Vieira de; PARAGUASSÚ, Gardênia Matos; LINO, Maíra Costa; VALENÇA NETO, Alberto Pires de Aguiar. **Lesões Endoperiodontais: uma visão contemporânea.** C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, n.1, v.4, p.73-86, jan./dez., 2011.

CHAPPLE, Iain L.C.; LUMLEY, Philip J.**The Periodontal-Endodontic Interface.**Dent Update n. 26, p. 331-341, 1999.

DE CARVALHO, Maria Gabriela Pereira; FIGUEIREDO, José Antônio Poli de; PAGLIARIN, Cláudia Medianeira Londero; GARDIN, Rodrigo; MORGENTAL, Renata; KAIZER, Marina. **Lesões endodôntico-periodontais: diagnóstico diferencial.** Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino OnLine - Ano 1, n. 2, Julho/Dezembro, 2005.

KUMAR, Rahul; PATIL,Suvarna; HOSHING,Upendra; MEDHA, Ashish; MAHAPARALE,Rushikesh. **Non-surgical endodontic management of the combined Endo-periolesion.**International Journal of Denta Clinics n.2, v.3, p. 82-84, 2011.

MALI,Rohini; VISHAKHA, PriyaLele.**Guided tissue regeneration in communicating periodontal and endodontic lesions – A hope for the hopeless!***Journal of Indian Society of Periodontology*, n.4, v. 15, p.410-413, Oct-Dec, 2011.

MEDIRATTA, Saras; DEEPA, D.; MISRA, Shobhana; MEDIRATTA, Neha. **Comparative Evaluation of Root Canal Treatment Alone and in Combination with Periodontal Flap Surgery in the Treatment of Endodontic-periodontal Lesions: Randomized Controlled Clinical Trial.** J Interdiscip Dentistry n.1, v.7, p. 7-14, 2017.

NARANG, Sumit; NARANG, Anu; GUPTA, Ruby.**A sequential approach in treatment of perio-endo lesion.**Journal of Indian Society of Periodontology, ed. 2, v. 15, Apr-Jun, 2011.

NETO, Durval Marques Palmeira; TORRES, Henrique Ruella; PASSOS, William Gilvander; COURA, Lázaro Raimundo; HONDA, Rosemeire; PAULO, Anderson de Oliveira. **Efeito do uso de pasta de iodofórmio no tratamento de lesões periapicais crônicas com envolvimento periodontal: Relato de caso.** J OrofacInvest.,n. 4, v. 1, p. 13-19, 2017.

PATIL, VeenaAshok; ESHPANDE, Pavan S D; PT, Shivkumar. **Endo-periolesion: an interdisciplinary approach.** International Journal of Dental Clinics, n.1, v.1, 2009.

PEERAN, Syed Wali; THIRUNEERVANNAN, Madhumala; ABDALLA, Khaled Awidat; MUGRABI, MareiHamed**Endo-PerioLesions.** International Journal osScientific&Technology Research, n.5, v.2, MAY, 2013.

ROMAGN, Rachel; GOMES, Sabrina Carvalho. **Lesão endo-periodontal: plausibilidade biológica para o tratamento endodôntico prévio ao periodontal?** Stomatos, n.25, v. 13, p. 113-130, julho-dezembro, 2007.

ROTSTEIN, Ilan; SIMON, James H. S..**Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontalendodonticlesions.** Periodontology 2000, v. 34, p. 165–203, 2004.

ROTSTEIN, Ilan; SIMON, James H..**The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition.** EndodonticTopics n. 13, p. 34–56, 2006.

SOARES, I.J; GOLDBERG, F. **Endodontia: Técnicas e Fundamentos.** São Paulo: Artmed, 2001.

SANTOS, Andreia Carla Bezerra dos; ACCIOLY LINS, Carla Cabral dos Santos. **Tomanda de decisão no diagnóstico e terapêutica das lesões Endopério por Endodontistas da cidade de Maceió – 2007.** International Journal of Dentistry, RECIFE, n.3, v. 6, p. 80-85, JUL - SET, 2007.

SILVA, Hugo Mariano Matias e; DUQUE, Thais Mageste; MARION, Jefferson José de Carvalho. **Avaliação da Influência do Tratamento Endodôntico em pacientes com Doença Periodontal Crônica: Relato de caso.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, n.3, v.8, p.27-32; Set-Nov, 2014.

SOUZA, LARISSA DA COSTA DE; QUEIROZ, ANA PAULA GRIMIÃO; RANGEL, LUIZ FELIPE GILSON DE OLIVEIRA; BARBOSA, OSWALDO LUIZ CECÍLIO. **Lesão de Endoperio: Relato de Caso.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, n. 1, v.15,p.53-56, Jun – Ago, 2016.

SHASHIKUMAR, Pratibha; NISHA, Swet.**Autologous platelet concentrate as a potential regenerative biomaterial in the treatment of endo-perio lesion.** Indian J Oral Health Res n. 2, v.2, p. 106-9, 2016.

SHENOY, Nina; SHENOY, Arvind.**Lesões Endo-perio: Diagnóstico e considerações clínicas.** Indian J Dent Res, n.4, v. 21, p. 579-85, 2010.

SRINDHI, Gauri; S.R., Srinidhi.**Unusual endo-periolesion: A Case Report.** I International Journal of Dentistry Clinics, n.1, v. 3, p.87-89, 2011.

VERMA, PushendraKumar; SRIVASTAVA, Ruchi; GUPTA, K. K.;SRIVASTAVA, Amitabh. **Combined endodontic - Periodontal lesion: A clinical dilemma.** Journal of Interdisciplinary Dentistry, ed. 1, v.2 , p. 119-124, Jul-Dec, 2011.