

FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

SILVIA BUSCÁCIO RIGUEIRA

**LESÕES ENDOPÉRIO:
UMA REVISÃO DISCUTIDA**

Belo Horizonte-MG

2019

SILVIA BUSCÁCIO RIGUEIRA

LESÕES ENDOPÉRIO:
UMA REVISÃO DISCUTIDA

Artigo científico, apresentado para obtenção do título de especialista em endodontia na Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE.

Orientador: Dr. José Leonardo Barbosa
Melgaço da Costa

Belo Horizonte - MG

2019

Rigueira, Silvia Buscácio.

Lesões Endopéριο: Uma Revisão Discutida, 2019
24 f. : il.

Orientador: José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa

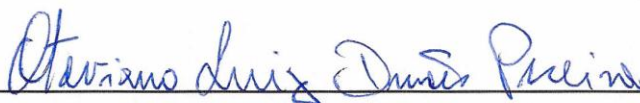
Monografia (Especialização)-Faculdade de Sete
Lagoas - FACSETE. Faculdade de Odontologia, Belo
Horizonte, 2019

1. Endodontia. 2. Periodontia. 3. Lesões endopéριο.
4. Diagnóstico. I. Faculdade de Sete Lagoas - FACSETE.
II. Lesões Endopéριο: Uma Revisão Discutida.

Monografia intitulada “**Lesões endopéριο: uma revisão discutida**”, área de concentração em Endodontia, apresentada por Sílvia Buscácio Rigueira, para obtenção de título de especialista em Endodontia, **APROVADA** pela Comissão Examinadora, constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa- Orientador



Prof. Otaviano Luiz Duraes Pereira



Prof. Dr. Rafael Rodrigues Soares de Magalhães

Bejo Horizonte, 22 de março de 2019.

“Nós somos aquilo que repetidamente fazemos. Excelência, portanto, não é um ato, mas um hábito” .Aristóteles

AGRADECIMENTOS

À Equipe Mineira de Endodontia, por dividirem conosco seu tempo e conhecimento.

Aos pacientes, por confiaram em nós.

Ao meu orientador José Leonardo Melgaço, pelo suporte, correções e incentivo ao longo do curso e desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Otaviano, que além de endodontia, ensinou sobre gentileza.

À todos os colegas, especialmente, ao amigo Sílvio, pela parceria e ajuda de sempre.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação.

RESUMO:

A lesão endopério é um processo que compromete a estrutura dental e os tecidos de sustentação do dente ao mesmo tempo. Esse tipo de lesão pode ter origem primariamente pulpar ou periodontal, ou, até mesmo, uma unificação de duas lesões distintas. Tal etiopatogenia é possível devido à interrelação anatômica do periodonto e do canal radicular e as características das lesões de comprometimento endodôntico e periodontal podem se assemelhar bastante, dificultando o diagnóstico. O objetivo deste estudo foi apresentar, através de uma revisão discutida da literatura, a classificação das lesões endopério, sua etiologia, formas de tratamento e prognóstico. Pela atual revisão, pode-se observar que o tratamento das lesões endopério se baseia na origem da lesão, ou seja, lesões de origem endodôntica podem ser completamente sanadas após tratamento endodôntico radical, e as lesões de origem periodontal também devem ter o tratamento periodontal concomitante. De forma geral, o prognóstico das lesões endopério é favorável. Desta forma, concluiu-se que um correto diagnóstico da origem da lesão endopério tem o teste de vitalidade como fator decisivo e está intimamente ligado ao sucesso do tratamento e prognóstico.

Palavras chaves: *endodontia, periodontia, lesão endopério, diagnóstico.*

ABSTRACT:

The endodontic-periodontal injury is a process that compromises the dental structure and the sustentation tissue at the same time. This injury's origin can initially be pulpar or periodontal, or even a unification of both distinct injuries. That etiopatogenia is possible due to the anatomic interrelation between the periodontium and the radicular channel, besides the characteristics of the compromising endodontic and periodontal be able to be really similar, making the diagnostic harder. This study's goal was to present, through a revised debate of the literature, the endoperio injuries classification, its etiology, treatment ways and prognostic. By the current review, we can see that the endoperio injuries treatment is based in the injury origin's. In other words, injuries of endodontic origin's can be completely healed after radical endodontic treatment and the periodontal injuries origin's must also have the periodontal treatment simultaneously. In general, the prognoses of the endoperio injury are favorable. By that, we assume that the right diagnosis of endoperio injuries origin's is intimately linked to the success of the treatment and prognosis.

Key words: endodontics, periodontics, endodontic- periodontal lesions, diagnostic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 ARTIGO CIENTÍFICO	8

1 INTRODUÇÃO

A lesão endopério é um processo que acomete estrutura dentária e periodontal ao mesmo tempo, podendo ter origem primariamente pulpar ou periodontal, ou, até mesmo, de uma unificação de duas lesões distintas e o tratamento destas lesões se baseia na origem da lesão.

O objetivo deste estudo foi apresentar, através de uma revisão discutida da literatura, a classificação das lesões endopério, sua etiologia, forma de tratamento e prognóstico. Para tal, foi desenvolvido um artigo científico que será submetido à Revista Brasileira de Odontologia (RBO/RJ).

2 ARTIGO CIENTÍFICO

LESÕES ENDOPÉRIO: UMA REVISÃO DISCUTIDA

Endodontic- periodontal Lesions: a review discussed

Sílvia Buscácio Rigueira- Pós graduanda do curso de especialização em Endodontia FACSETE

José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa – Doutor, mestre e especialista em Endodontia; Professor do curso de especialização em Endodontia FACSETE; Professor do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Arnaldo e Cirurgião-dentista da PMMG

INTRODUÇÃO

Na endodontia, durante o exame clínico e radiográfico de um paciente, é comum serem encontradas alterações que desviam do padrão de normalidade, e estas alterações podem ter comprometimento endodôntico, periodontal ou ambos. De um modo geral, as lesões endodônticas ocorrem mais próximas da região apical, enquanto as lesões periodontais aparecem mais frequentemente nas proximidades do periodonto marginal. No entanto, em muitas ocasiões, os achados clínicos e radiográficos não se apresentam dentro dos padrões convencionais, levando o examinador a ter dificuldades em estabelecer um correto diagnóstico sobre a origem da lesão. A possibilidade de comunicação entre os tecidos pulpare e periodontais pode resultar na coexistência de lesão endodôntica e periodontal em um mesmo dente, como nos casos chamados “lesões endopério”.

A relação entre doenças endodônticas e periodontais foi descrita pela primeira vez, em 1964, por Simring e Golberg e, desde então, o termo “lesão endopério” vem sendo usado para descrever lesões decorrentes de produtos inflamatórios presentes nos tecidos pulpare e periodontais (MARTINS *et al.*,2004).

As lesões endodônticas e periodontais são um desafio ao clínico no que diz respeito ao diagnóstico e prognóstico dos dentes envolvidos. Fatores etiológicos como presença de bactérias, fungos e vírus, trauma oclusal, reabsorções radiculares, perfurações e malformações dentárias desempenham papel fundamental no desenvolvimento e progressão das lesões, bem como na

identificação da origem das lesões e suas melhores alternativas de tratamento (SINGH, 2011).

Sendo assim, o conhecimento da anatomia da região acometida pela lesão, associado a um correto diagnóstico da origem da inflamação, são indispensáveis para que se possa estabelecer um tratamento eficiente para um prognóstico favorável.

O objetivo do trabalho foi, através de uma revisão discutida da literatura, abordar a etiologia, a classificação e o tratamento das lesões endopéριο.

REVISÃO DISCUTIDA

Os primeiros relatos de lesões envolvendo tecido pulpar e periodontal foram apresentados na literatura em 1964, quando Simring e Golberg descreveram os achados de lesões com produtos inflamatórios provenientes dos dois tecidos (MARTINS *et al.*, 2004).

A origem desse tipo de lesão não é completamente conhecida e apresenta controvérsias. Com o objetivo de entender melhor a ocorrência dessa patologia, foi realizado um estudo avaliando a incidência de lesões endopéριο em dentes hígidos com lesão periodontal. Foram analisadas 601 radiografias de dentes superiores e inferiores, com coroas hígidas, lesão periodontal e comprometimento ou não da região apical. Os resultados mostraram alta incidência de alterações periapicais combinadas com lesões periodontais. Apenas 16 dentes (2,6%) apresentaram algum tipo de alteração pulpar (nódulos e calcificações). As maiores áreas de destruição óssea periapical foram registradas nos dentes com intercomunicação periodontal. Esclerose óssea periapical esteve presente em 3 dentes. Dos 61 molares deste estudo, 33 apresentaram envolvimento de furca. Os resultados mostraram que a ocorrência de alterações periapicais em dentes com lesão periodontal é alta, 48,4%, e que, por se tratarem de dentes hígidos, a via de contaminação viável foi a comunicação periodonto x polpa (NEVES& BARBOSA, 1994).

A etiopatogenia das lesões endopéριο tem seu amparo na interrelação anatômica do periodonto e do tecido pulpar, visto que existe uma íntima relação embriológica e física entre tais tecidos. A partir desse raciocínio, verificou-se uma intercomunicação entre dente e estruturas de suporte através dos canais acessórios, laterais, secundários, furca e forame apical. Esse conjunto de comunicações constitui a base de um relacionamento funcional, mas demonstra também a influência de processos patológicos de uma estrutura sobre a outra, o que permite processos patológicos pulpares alterarem periodonto, assim como a doença periodontal provocar mudanças pulpares (BEZERRA & LINS, 2007).

A existência simultânea de problemas pulpares e periodontais ocorre primariamente devido às conexões anatômicas, embrionárias e funcionais existentes entre o tecido pulpar e o periodontal, podendo tornar desafiador o diagnóstico da origem das lesões, uma vez que os aspectos primários de ambas as doenças podem ser parecidos (KERNS&GLICKMAN, 2011).

Fujii *et al.*, (2014) apresentaram um relato de caso de uma paciente de 40 anos de idade, onde foi avaliado o perfil das bactérias encontradas no dente 16, com o diagnóstico de lesão endopéριο de origem periodontal com comprometimento endodôntico secundário. Após o tratamento periodontal e endodôntico e a análise dos tipos de bactérias presentes em ambos os tecidos, observou-se a presença de bactérias comuns às duas regiões, o que sustenta a teoria de que a doença periodontal pode ser fonte de contaminação endodôntica.

Apesar do conhecimento de que as relações anatômicas estão intimamente relacionadas às lesões endopéριο, sua patogênese ainda não foi completamente esclarecida e a determinação da causa é crucial para evitar um tratamento inadequado (LI *et al.*,2014).

A doença endodôntica-periodontal pode se desenvolver a partir da expansão da destruição periodontal que se combina com uma lesão periapical já existente ou de uma lesão periapical que se combina com uma lesão periodontal antecedente. Sendo assim, lesões endopéριο podem ser classificadas de acordo com a patogênese (SINGH, 2011).

Seguindo este mesmo raciocínio, Castro *et al.* (2011) classificaram as lesões endopério em lesão endodôntica primária, lesão periodontal primária, lesão endodôntica primária com infecção periodontal secundária, lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e lesão endopério verdadeira. Na lesão endodôntica primária, a polpa necrótica drena produtos infecciosos através do ligamento periodontal, podendo gerar abscesso periodontal, comprometendo ou não a furca. Os casos de lesões periodontais primárias são caracterizados pelo teste de vitalidade pulpar positivo e a presença de uma periodontite que avança ao longo da raiz, gerando bolsa periodontal. Caso uma lesão endodôntica primária não seja devidamente tratada pode provocar um envolvimento periodontal, com presença de placa na margem gengival durante a sondagem. Também pode ocorrer de uma bolsa periodontal progredir e comprometer tecidos periapicais, contaminando, via forame e canais laterais, o tecido pulpar. Os casos mais incomuns são os de comunicação entre os dois tipos de lesão, originados separadamente. Ou seja, uma bolsa periodontal infectada avança apicalmente e encontra-se com uma lesão endodôntica que progride coronalmente, originando as lesões endopério verdadeiras.

Baseado na causa primária da doença e seu efeito secundário, Al Fouzan (2014) sugeriu uma nova classificação da seguinte forma: doença periodontal retrógrada (lesão endodôntica primária com drenagem através do ligamento periodontal e lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário), lesão periodontal primária, lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário, lesão endodôntica-periodontal combinadas e lesões periodontais iatrogênicas. De acordo com o autor, os casos de doença periodontal retrógrada apresentam as duas subcategorias citadas, e em ambas ocorre o extravasamento para o sulco gengival de produtos inflamatórios da polpa contaminada, o que pode provocar uma lesão com aspecto de abscesso ou bolsa periodontal, dependendo da amplitude da lesão. Nos dois casos, o tratamento endodôntico é capaz de sanar o problema. Quando uma lesão periodontal se espalha ao longo da superfície da raiz pode-se observar uma polpa vital ou com alterações a longo prazo, sendo indicado apenas o tratamento dos tecidos periodontais para reverter o caso. Se a progressão da lesão periodontal levar ao comprometimento do tecido pulpar, deve-se tratar ambos os tecidos. Nos casos de lesões combinadas, pode-se encontrar dificuldades

em se determinar a causa inicial da doença, mas, independente do diagnóstico, aconselha-se o tratamento concomitante de ambos os tecidos. O autor também inclui em sua classificação os danos que podem ser causados aos tecidos por iatrogenias, ou seja, perfurações de raízes, traumas, fraturas verticais de raízes ou lesões por produtos químicos. Todos os autores concordam com a necessidade de diferenciação das origens das lesões e com a abordagem multidisciplinar para a efetividade do tratamento (CASTRO *et al.*, 2011; AL FOUZAN, 2014).

De um modo geral, pode-se dizer que as lesões periodontais de origem endodônticas só serão possíveis em casos de necrose pulpar, pois apenas processos inflamatórios da polpa não seriam suficientes para provocar danos de tal magnitude. Já nos casos onde observa-se perda óssea horizontal e vertical, teste de vitalidade do dente em questão com resposta positiva, presença de placa, bolsa e cálculo, confirma-se a presença de lesão de origem periodontal (FACHIN *et al.*, 2001).

Sharma *et al.*, (2014) publicaram um artigo relatando meios de se chegar a um correto diagnóstico. De acordo com o autor, o ponto chave para diferenciação entre lesões endodônticas-periodontais é, além de detalhado exame clínico e anamnese, a prova de vitalidade pulpar. Se em um mesmo dente existem achados radiográficos de rarefação óssea atingindo toda a extensão da raiz, presença de bolsa e vitalidade pulpar, normalmente a lesão é de origem periodontal. Se houver rarefação óssea associada à ausência de bolsa e vitalidade, sugere-se origem pulpar da lesão. Nos casos de combinação endopério, geralmente encontra-se ausência de vitalidade pulpar, rarefação óssea atingindo toda a raiz e presença de bolsa.

Outro auxiliar diagnóstico seria o exame radiográfico de dentes comprometidos, onde, majoritariamente, as lesões de origem endodôntica apresentam rarefação óssea mais próxima da região apical e as lesões de origem periodontal mostram perda de crista óssea e de estrutura dos tecidos de suporte (NEVES & BARBOSA, 1994).

O diagnóstico diferencial das lesões endodônticas e periodontais, quando simultaneamente existentes em um mesmo dente, ou da lesão endopério verdadeira deve ser feito com uma variedade de problemas, tais como fratura vertical do elemento dentário, lesões agudas e crônicas dos tecidos periodontais, lesões

decorrentes de traumas oclusais e iatrogenais (KERS & GLICKMAN, 2011). O conhecimento e atenção do profissional são de fundamental importância durante o exame clínico e radiográfico, já que o diagnóstico diferencial é de difícil realização, uma vez que os sintomas e as alterações patológicas podem se encontrar sobrepostas (MENDONZA *et al.*, 2015).

Santos & Lins (2007) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos dentistas cadastrados como especialistas em endodontia no CRO de Maceió/Alagoas. Para tal, foram selecionadas três situações clínicas de lesões endopéριο que deveriam ser analisadas e interpretadas pelos profissionais participantes. Tratava-se de um caso de lesão verdadeira, um caso de lesão endodôntica e um caso de lesão endodôntica primária com comprometimento periodontal secundário. Os resultados mostraram que houve maior acerto de diagnóstico e tratamento para os casos de lesões endodônticas, e mais dificuldade em se diagnosticar e propor tratamento para lesões verdadeiras e com comprometimento periodontal. A conclusão do estudo foi, de fato, a dificuldade de se chegar a um correto diagnóstico e consequente plano de tratamento adequado, sobretudo pelo fato de os dentistas terem dificuldade em ter um olhar multidisciplinar para as lesões endopéριο.

Existe uma diversidade de tratamentos para as lesões endopéριο, dependendo dos fatores etiológicos. Um diagnóstico preciso quanto à fonte de infecção será determinante no resultado do tratamento. Conforme já citado, o diagnóstico adequado só será possível se o cirurgião dentista levar em consideração anamnese, exame clínico, teste de vitalidade pulpar e extensão da bolsa periodontal (DE DEUS, 1992).

Se um dente em colapso periodontal não apresenta lesão ou tratamento endodôntico prévio, o primeiro passo é a realização do teste de sensibilidade pulpar. Em caso de perda de sensibilidade pulpar, pode ser difícil determinar se a lesão é de origem endodôntica ou periodontal. Se houver colapso periodontal ao redor de um dente não vital ou com tratamento endodôntico prévio, há contaminação dos canais radiculares e está indicado o retratamento endodôntico. Porém, se um dente vital com doença periodontal desenvolve um sintoma pulpar, o tratamento periodontal será prioridade. Nestes casos, inicialmente se opta por tratamento periodontal

básico, e posteriormente, caso necessário, a cirurgia periodontal pode ser indicada (SIMON *et al.*, 2013).

Lesões pulpares primárias combinadas com defeitos periodontias secundários podem ser completamente sanados com a terapia endodôntica efetiva, uma vez que polpas infectadas ou necróticas podem causar lesões semelhantes às bolsas periodontais. Para os casos de lesões verdadeiras é necessário o tratamento das duas fontes de contaminação, ou seja, tratamento endodôntico e periodontal. Resumidamente, o tratamento das lesões endopério pode obedecer à sequência de tratamento inicial básico (raspagem e polimento), tratamento endodôntico, tratamento periodontal complementar (cirurgia de retalho, cunha distal, aumento de coroa clínica, amputação radicular) (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Um relato de caso de uma paciente de 35 anos, com o dente 45 apresentando inchaço de tecido mole, sondagem de 8 mm na distal, drenagem através do sulco gengival e destruição óssea severa vista radiograficamente foi descrito por Jivoinovice *et al.* (2014) e caracterizado como lesão endodôntica primária com comprometimento periodontal secundário (Fig. 1A). O tratamento proposto pelos autores foi o endodôntico em sessões múltiplas, com utilização do curativo de demora de hidróxido de cálcio. Passadas 4 semanas, observou-se ausência de qualquer sintomatologia no elemento em questão, sendo então finalizado o tratamento endodôntico. Após preservação de 2 anos, detectou-se cicatrização completa do tecido ósseo (Fig. 1B).



Figura 1- Relato de caso. A- RX inicial;

B- RX de preservação 2 anos após conclusão

do caso.

Fonte: Jivoinovice *et al.* (2014)

Jivoinovice*t al.*, (2017) relataram o caso de um paciente de 38 anos com o diagnóstico de lesão endodôntica primária no dente 22 com comprometimento periodontal posterior, que apresentava-se não vital e com espessamento do ligamento periodontal e destruição óssea perirradicular. O tratamento proposto foi o endodôntico radical em sessões múltiplas, com uso de hidróxido de cálcio como curativo de demora. As radiografias inicial e final mostram o sucesso do tratamento após um ano de acompanhamento do caso (FIG. 2A E 2B).

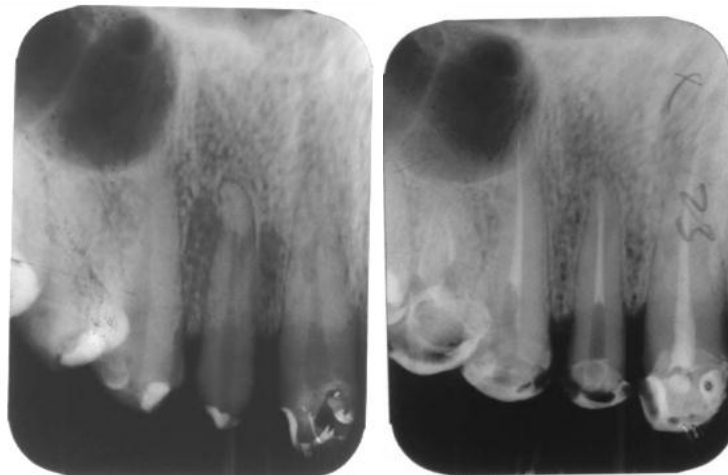


Figura 2 – Relato de caso. A – RX inicial;

B- RX final após uma ano de proervação.

Fonte: Jivoinovice*t al.*, (2017)

Resultados parecidos foram encontrados por Duque *et al.* (2018), que realizaram um estudo na UNICAMP com 10 pacientes apresentando diagnóstico de lesão endodôntica primária com comprometimento periodontal secundário. Inicialmente, todos os dentes avaliados apresentavam mobilidade moderada à grave e profundidade de sondagem média de 8,6 mm. O tratamento proposto para esse estudo foi de intervenção endodôntica em sessões múltiplas, com utilização de hidróxido de cálcio como curativo de demora e reavaliação do caso após 30 dias para conclusão do tratamento endodôntico. Após esse período, nenhuma diferença significativa quanto à situação periodontal foi diagnosticada. Decorrido um ano do fim do tratamento, observou-se uma redução significativa da mobilidade dentária, bem como da profundidade de sondagem. Concluiu-se que o tratamento endodôntico é necessário para que não permaneça fonte de contaminação nos tecidos adjacentes e que o uso do hidróxido de cálcio mostrou-se eficiente na redução da contaminação.

Um estudo na Universidade de Santiago de Compostela, entre 1999 e 2015, acompanhou 5 pacientes que apresentavam diagnóstico de lesões endopério de origem periodontal. Todos apresentavam teste de vitalidade negativo e necessitavam de tratamento periodontal. Inicialmente, os dentes foram submetidos à raspagem e imobilizados, sendo, posteriormente, tratados endodonticamente em sessão única. Na primeira fase, o tratamento periodontal proposto foi de raspagem subgingival para todos os casos, sendo reavaliados após 2 meses. Após 3 meses de conclusão do tratamento endodôntico, os dentes que ainda necessitavam de intervenção periodontal foram submetidos à raspagem cirúrgica por sextante. Os resultados obtidos neste estudo foram considerados satisfatórios pelos autores, que apontaram a importância do tratamento endodôntico combinado ao periodontal para o sucesso. As novas terapias e técnicas de enxertos podem aumentar a sobrevivência de dentes inicialmente condenados (PICO-BLANCO *et al.*, 2016).

As lesões de origem iatrogênica são intercorrências sérias durante o tratamento endodôntico e têm o prognóstico bem duvidoso. As perfurações dentárias podem ser tratadas com o vedamento da região exposta, geralmente utilizando-se MTA. É necessário o acompanhamento periódico radiográfico para assegurar o sucesso da intervenção. Restaurações protéticas mal adaptadas também podem contaminar todo o sistema de canais radiculares e gerar lesões, devendo ser imediatamente reconfeccionadas. O tratamento de traumas dentários vai depender da extensão do dano, sendo muitas vezes indicada a exodontia do elemento (AL-FOUZAN, 2014).

Alquithamietal., (2018) realizaram uma série de estudos baseados na classificação das lesões endopério descritas por Al-Fouzan, em 2014. Eles descreveram dois casos de lesões de origem iatrogênicas, sendo um de origem traumática e outro por perfuração operatória. No primeiro caso, uma mulher de 27 anos apresentava inchaço na região do dente 22, mobilidade grau II, bolsa periodontal de 10mm, resposta negativa ao teste térmico de vitalidade e ausência de trincas e rachaduras (FIG 3 A). A paciente havia sido submetida a tratamento ortodôntico e apresentava uma grande área radiolúcida na apical da raiz mesial. O diagnóstico foi de necrose pulpar por trauma ortodôntico com periodontite apical sintomática. O tratamento proposto foi o endodôntico em sessões múltiplas com uso de hidróxido de cálcio como curativo de demora e, após 3 meses, tratamento

periodontal com raspagem em campo aberto e inserção de enxerto para correção do defeito ósseo. O acompanhamento do caso mostrou ausência de mobilidade à longo prazo e redução da bolsa periodontal (FIG 3 B). O caso de perfuração acometeu uma paciente do sexo feminino de 30 anos com dor e edema na região do dente 36, um ano após tratamento endodôntico do elemento em questão. O dente apresentavanúcleo metálico fundido e coroa total, inchaço local e lesão de furca relacionada à raiz distal (FIG 4 A). Após a remoção do trabalho protético, localizou-se a perfuração e o local foi irrigado com hipoclorito de sódio 2,5%. A perfuração foi vedada com MTA e o dente acompanhado após 3, 6 e 9 meses até 4 anos, mostrando cicatrização total dos tecidos mole e duro e bolsa de 3mm ao fim da análise (FIG 4B).

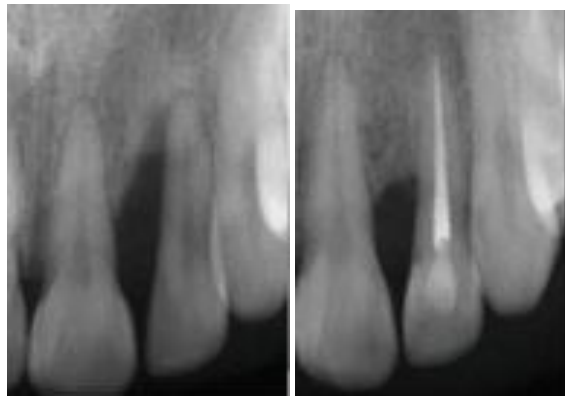


Figura 3 – Relato de caso. A – RX inicial; B- RX final após uma ano de proervação.

Fonte:Alquithamiet *al.*, (2018)

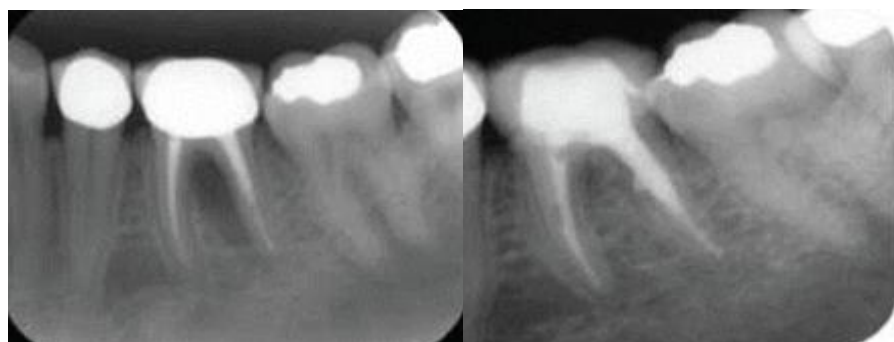


Figura 4 – Relato de caso. A – RX inicial;

B – RX final.

Fonte:Alquithamiet *al.*, (2018)

Não existe consenso na literatura no que se refere ao melhor tempo para a intervenção endodôntica completa. Enquanto alguns preconizam a troca de curativo de demora de hidróxido de cálcio enquanto se conclui o tratamento periodontal (AGUIAR & PINHEIRO, 2002; Alquithamiet *al.*, 2018), outros afirmam que o tratamento endodôntico concluído anteriormente ao periodontal é fundamental para o sucesso da terapêutica (PICO-BLANCO *et al.*, 2016).

De um modo geral, o prognóstico da lesão endopério é favorável, sobretudo quando se consegue determinar a exata origem da lesão. Existe uma pequena ressalva quanto ao prognóstico para os casos de lesões verdadeiras, uma vez que, nesses casos, há uma dependência maior da remoção total dos fatores individuais que originam a lesão. Lesões muito extensas também podem ter tratamento e prognóstico alterados (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Pacientes diabéticos estão mais susceptíveis à infecções orais, devido ao fato de apresentarem alterações no sistema imunológico e baixo suprimento sanguíneo. Com o propósito de avaliar a evolução do tratamento em pacientes nessas condições, Dhomet *et al.*, (2018) apresentaram o caso de uma mulher de 50 anos, portadora de diabetes tipo II, com o diagnóstico de doença periodontal primária com comprometimento endodôntico secundário no elemento 13. Clinicamente, havia mobilidade grau 3, secreção purulenta no sulco e grande perda óssea relacionada ao elemento em questão (FIG 5A). O tratamento do caso teve início com a prescrição de antibiótico dois dias antes do primeiro atendimento, onde foi realizada raspagem e polimento radicular do dente. Após essa primeira intervenção, o tratamento endodôntico foi realizado em duas sessões. O acompanhamento do caso mostrou uma boa resposta ao tratamento, mostrando que a doença não é fator limitante para o prognóstico (FIG 5B).

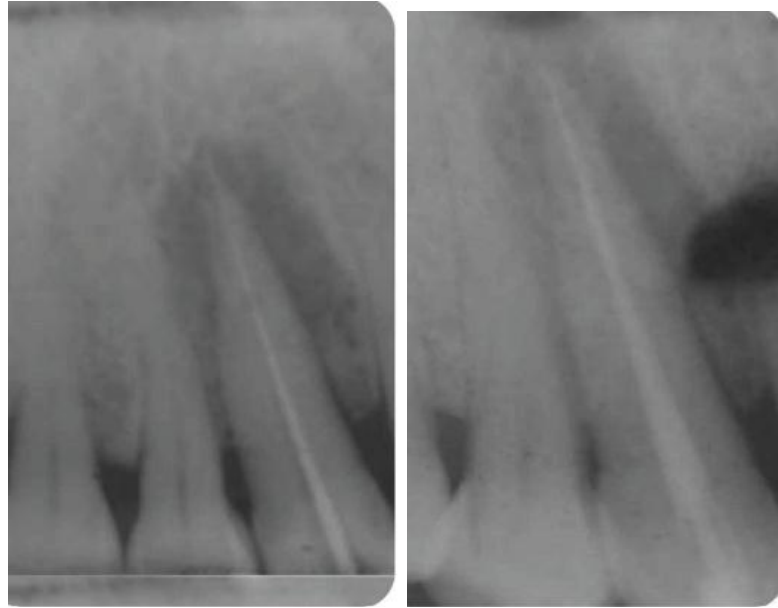


Figura 5 – Relato de caso. A – RX inicial;

B – RX final.

Fonte:Dhoumet *al.*, (2018)

CONCLUSÃO

O atual estudo de revisão aqui apresentado mostrou que as lesões endopério exigem uma abordagem multidisciplinar, uma vez que podem apresentar origem endodôntica e/ou periodontal. O sucesso do tratamento está diretamente relacionado a um correto diagnóstico da origem da infecção, levando em consideração a estreita relação entre tecido pulpar e periodontal.

O tratamento é direcionado de acordo com a causa primária da lesão, isto é, lesões de origem endodônticas são tratadas através da desinfecção do sistema de canais radiculares, e nos casos de origem periodontal do problema, o tratamento dos tecidos de sustentação do dente é preconizado, tendo a terapia endodôntica com alternativa complementar, descritas por muitos como terapêutica inicial. Nos casos de lesões verdadeiras, as duas causas de infecção são tratadas. A literatura aqui apresentada mostrou o uso do hidróxido de cálcio PA como curativo de demora entre sessões endodônticas como uma alternativa positiva para redução da contaminação e melhor prognóstico.

De modo geral, o prognóstico das lesões endopéριο é satisfatório e o sucesso do tratamento está relacionado à severidade e extensão da lesão inicial, vitalidade pulpar, correto diagnóstico e tratamento, habilidade do operador e cooperação do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, CM; PINHEIRO, JT. Combined pulpar-periodontal lesion: report of case. **Int J Dent** **2002**, v. 1, p.30-50, 2002.
- AL-FOUZAN KS. A new classification of endodontic-periodontal lesions. **Int J Dent**; 2014; 2014: 919173.L.
- ALQUITHAMI H, ALMALIK AM, ALZAH RANI FF, BADAWI L. Successful Management of Teeth with Different Types of Endodontic-Periodontal Lesions. **Case reports in Dentistry**, v.18, article ID 7084245, 7 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/7084245>.
- BEZERRA A, LINS C. Tomada de decisão no diagnóstico e terapêutica das lesões endoperio por endodontistas da cidade de Maceió- 2007. **Int J Dent**, v.6, n.3, p. 80-85, 2007.
- BYSTRON, A; HAPPONNEN, RP; SJÖGREN, U; SUNDQVIST, G. Healing of periapical lesions of pulpless teeth after endodontic treatment with controlled sepsis. **Endod Dent Traumatol**, v.3, n.2, p. 58-53, 1987.
- BOCANEGRA, NMC, MARTÍNEZ, PDH, OROZCO, CM, MENDOZA, JMG. Reparación de una lesión endoperiodontal mediante tratamiento endodóntico no quirúrgico. Reporte de un caso. **Revista ADM**, v.72, n.5, p. 250-254, 2015.
- CASTRO, ICV, PARAGUASSÚ, GM, LINO, MC, VALENÇA, APA. Lesões Endoperiodontais: Uma Visão Contemporânea. **Revista Eletrônica da Fainor**, v. 4, n.1, p. 73-86, 2011.
- DE DEUS, QD. Problemas endodônticos e periodônticos de interesse comum. In: DE DEUS. *Endodontia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. p.615-627.
- DHOUM S, LASLAMI K, ROUGGANI F, EL QUZZANI A, JABU M. Endo-Perio Lesion and Uncontrolled Diabetes. **Case Reports Dentistry**, v. 2018, article ID 7478236, 7 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/7478236>.
- DUQUE TM, PRADO M, HERRERA DR, GOMES BPFA. Periodontal and endodontic infectious/inflammatory profile in primary periodontal lesions with secondary endodontic involvement after a calcium hydroxide-based intra canal medication. **Clinical Oral Investigations**, 2018.
- FACHIN EF, LUISI SB, BORBA M. Relação pulpo-periodontal: considerações histológicas e clínicas. **R Fac Odontol**, v.42, p. 9-15, Porto Alegre, 2001.
- FUJIII R, MARAMATSU T, YAMAGUCHI Y, ASAI T, AINDA N, SUEHARA M, MORINAGA K, FURUSAWA M. Na Endodontic-periodontal

Lesion with primary Periodontal Disease: A Case Report on Its Bacterial Profile. **Bull Tokyo Dent Coll**, v.55, n.1, p. 33-37, 2014.

GONÇALVES, MC, MALIZIA, C, ROCHA, LEMD. Lesões endodôntico-periodontais: do diagnóstico ao tratamento. **Braz J Periodontol**, v. 17, 2017.

JIVOINOVIC R, SUCIU I, DIMITRIU B, PERLEA P, BARTOK R, MALITA M, IONESCU C. Endo-periodontal lesion- endodontic approach. **Journal of Medicine and Life**, v.7, 2014.

JIVOINOVIC R, ILEANA S, GHEORGHIU I, LONS S. Clinical radiological aspects of primary endodontic lesion with secondary periodontal involvement. **Journal of Medicine and Life**, v.10, n.1, p. 70-75, 2017.

KERNS DG, GLICKMAN GD. Inter-relações Endodônticas e Periodontais. In: KERNS DG, GLICKMAN GD. Caminhos da Polpa. Rio de Janeiro. Elsevier: 2011; p. 598-612.

LI H, SUN J, HOU B. Bacteria Community Study of Combined Periodontal – Endodontic Lesions Using Denaturing Gradient Gel Electrophoresis and Sequencing Analysis. **J Periodontol**, v- 85, p. 1442-1449, 2014.

MARTINS, AV, ROSING, CK, FERNANDES, MI, OPPERMANN, RV. Aspectos importantes da inter-relação entre endodontia e periodontia: uma Revisão de Literatura. **Jornal Brasileiro de Endodontia**, v.5, n.17, p.157-65, 2004.

NEVES, SC, BARBOSA, SV. Avaliação radiográfica de lesões endoperio. **RGO**, v.42, n.2, p.84-86, 1994.

PICO-BLANCO A, CASTELO-BAZ P, CARNEIRO-QUEIJA L, LIÑARES-GONZÁLEZ A, MARTÍN-LANCHARRO P. Saving Single-rooted Teeth with Combined Endodontic-periodontal Lesions. **JOE**, v.42, n.12, 2016.

SANTOS, ACB, LINS, CCSA. Tomada de decisão no diagnóstico e terapêutica das lesões endoperio por endodontistas da cidade de Maceió- 2007. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.6, n.3, p. 80-85, 2007.

SHARMA, R, HEGDE, V, SIDDHARTH, M, HEGDE, R, MANCHANDA, G, AGARWAL, P. Endodontic-Periodontal Microsurgery for combined endodontic-periodontal lesions: An overview. **J Conserv Dent.**, v.17, n.6, p.510-516, 2014.

SIMON, JHS, GLICK, DH, FRANK, AL. The relationship of endodontic-periodontic lesions. **JOE**, v- 39, n- 5, 2013.

SINGH P. Endopério dilemma: a Brief Review. **Dent Res J**, v.8, n. 1, p.39-47, 2011.