

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – CPGO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODÔNTIA

MICHELLE DE ALICRIM MENEZES MOURA

LESÃO ENDO-PERIO: RELATO DE CASO

MICHELLE DE ALICRIM MENEZES MOURA

LESÃO ENDO-PERIO: RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu do Centro de Pós Graduação em Odontologia (CPGO – RECIFE) como requisito parcial para conclusão do curso de ENDODONTIA.

Orientadora: Vanessa Lessa Cavalcanti de Araújo.

Coorientadora: Micherle Maria de Souza C. de Sá.

RECIFE
2019

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulada "Lesão Endo-Perio: Relato de Caso" de autoria da aluna Michelle de Alicrim Menezes Moura.

Aprovada em 26/04/19 pela banca constituída dos seguintes professores:

Flávia de L. Cavalcanti Spinelli

Prof.º Dra. Flávia de Lima Cavalcanti Spinelli

Centro de Pós Graduação em Odontologia- CPGO

Antônio Vinício Holanda Barbosa

Prof.º Dr. Antônio Vinício Holanda Barbosa

Centro de Pós Graduação em Odontologia- CPGO

Nayane Chagas Carvalho Alves

Prof.º Dra. Nayane Chagas Carvalho Alves

Centro de Pós Graduação em Odontologia- CPGO

Recife, 26 de Abril de 2019

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Rua Ítalo Pontelo 50 - 35.700 - 170 – Sete Lagoas, MG

Telefone (31) 37733268 – WWW.facsete.edu.br

RESUMO

Existe uma íntima relação tanto embriológica quanto física entre a polpa e o periodonto. Os possíveis caminhos para a entrada de bactérias e seus produtos para esses tecidos podem ser amplamente divididos em: vias anatômicas e não fisiológicas. A doença endodôntica-periodontal combinada verdadeira ocorre quando a lesão endodôntica progride coronariamente e se junta com a bolsa periodontal infectada que progrediu apicalmente. Os fatores etiológicos encontrados das lesões endo-perio são tratamentos endodônticos insatisfatórios, traumas, reabsorções, perfurações e malformações. O diagnóstico diferencial é de suma importância para o tratamento correto das lesões, apresentando extrema dificuldade, por perderem a característica de lesões estritamente endodôntica e/ou periodontal. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de uma lesão endo-perio num molar inferior, onde foi realizado o tratamento endodôntico e acompanhamento periodontal como preconizado na literatura.

Palavras-chaves: Lesão Endoperio, Diagnóstico Diferencial, Endodontia.

ABSTRACT

There is an intimate relationship both embryological and physical between the pulp and the periodontium. Possible pathways for the entry of bacteria and their products into these tissues can be broadly divided into: anatomical and non-physiological pathways. The true combined endodontic-periodontal disease occurs when the endodontic lesion progresses coronary and joins with the infected periodontal bag that progresses apically. The etiological factors found in the endo-perioperative lesions are unsatisfactory endodontic treatments, traumas, resorptions, perforations and malformations. The differential diagnosis is very important for the correct treatment of the lesions, presenting extreme difficulty, as they lose the characteristic of strictly endodontic and / or periodontal lesions. The purpose of this paper is to present a clinical case of an endodermal lesion in a lower molar, where endodontic treatment and periodontal monitoring were performed as recommended in the literature.

Key words: Endo-lesion, Differential Diagnosis, Endodontics.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	06
2.	RELATO DE CASO.....	09
3.	DISCUSSÃO	14
4.	CONCLUSÕES FINAIS.....	16
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

LESÃO ENDO-PERIO: RELATO DE CASO

Os tecidos pulpare e periodontais têm inter-relação embrionária, anatômica e funcional. São de origem ectomesenquimal, cujas células se proliferam para formar a papila e o folículo dentário, que são os precursores da polpa e do periodonto, respectivamente. Eles são separados pela formação e desenvolvimento do broto dentário a partir do ectoderma sobreposto ao esmalte e dentina (SUMEDHA *et al*, 2014).

A divisão entre dente e periodonto tem sido apenas para fins didáticos, em vários estudos verificou-se uma intercomunicação entre dente e estruturas de suporte através dos canais laterais, acessórios, secundários e mesmo das foraminas apicais e de furca além, do próprio forame apical (SANTOS & LINS, 2007).

A doença endodôntica-periodontal combinada verdadeira ocorre quando a lesão endodôntica progride coronariamente e se junta com a bolsa periodontal infectada que progrediu apicalmente (LOPES & SIQUEIRA, 2015). Esta doença é formada por uma lesão endodôntica e periodontal combinadas em um único dente, determinando-se pela presença de bolsa periodontal e alteração pulpar irreversível, conjuntamente (SOUZA *et al*, 2016).

A transmissão da doença entre essas duas lesões tem demonstrado por muitos estudos, que as semelhanças microbiológicas entre os condutos infectados na raiz e a periodontite avançada. Os possíveis caminhos para a entrada de bactérias e seus produtos para esses tecidos podem ser amplamente divididos em: vias anatômicas e não fisiológicas (TOYGAN, 2016).

Os fatores etiológicos encontrados das lesões endo-perio são tratamento endodôntico insatisfatório, traumas, reabsorções, perfurações e malformações. Entre os patógenos vivos encontrados na polpa e nos tecidos perirradiculares em condição de doença, estão as bactérias, os fungos e os vírus. Esses patógenos e seus produtos podem afetar o periodonto de forma negativa e devem ser eliminados durante o tratamento endodôntico (PROCÓPIO, 2014).

A infecção de um canal radicular serve como um “reservatório de bactérias”, estimulando a inflamação marginal e a inflamação periapical. Presença lesões periapicais podem apresentar maior profundidade à sondagem de bolsas periodontais quando comparados a dentes sem essas lesões. (GONÇALVES *et al*, 2017).

As lesões podem ser classificadas como: 1- Lesões Primariamente Endodônticas; 2-Lesões Primariamente Endodônticas com Envolvimento Periodontal Secundário; 3- Lesões Primariamente periodontais; 4- Lesões Primariamente Periodontais com Envolvimento Endodôntico Secundário; 5- Lesões Combinadas Verdadeiras (FAGUNDES *et al*, 2007).

Na lesão Combinada, os dois tipos de lesões ocorrem de forma independente, e se encontram em algum ponto da superfície radicular. O prognóstico dessas lesões depende da extensão da destruição causada pelo componente da doença periodontal.(ROMAGNA & GOMES, 2007).

O diagnóstico para esses casos é extremamente complexo. É necessário o exame da mucosa alveolar e a gengiva inserida na verificação de presença de inflamação, ulceração ou fístula, verificar alterações perirradiculares e respostas dolorosas a pressão digital, observar presença de mobilidade dentária que está diretamente ligada a integridade do aparelho de inserção ou à extensão da inflamação do ligamento periodontal, observar radiograficamente presença de lesões periapicais ou laterais, e realizar teste de vitalidade pulpar, sendo útil na avaliação da vitalidade pulpar, caso positivo exclui a origem endodôntica. (GONÇALVES *et al*, 2017)

Para as lesões combinadas verdadeira o tratamento endodôntico será realizado previamente neste tipo de lesão, ocorrendo um tempo de 2 à 3 meses de cicatrização, para dar sequência ao tratamento periodontal (ROMAGNA & GOMES, 2007).

As lesões combinadas requerem ambos os procedimentos regenerativos, endodôntico e periodontal. A taxa de sucesso da lesão combinada endodôntico-periodontal, se não apresentar um processo regenerativo concomitante, encontra-se num intervalo de 27% a 37%. O prognóstico da verdadeira lesão combinada é muitas vezes deficiente ou mesmo impossível, especialmente quando a lesão periodontal é crônica e extensa. Este prognóstico depende essencialmente da eficácia da terapia periodontal. (MAFRA, 2014)

Poderá haver a necessidade de complementação cirúrgica através de retalhos periodontais para descontaminação da superfície radicular e, na maioria dos casos, reparação da lesão periapical pode ser antecipada com o tratamento endodôntico bem executado (SAYÃO, 2011).

A cirurgia periodontal regenerativa fornece um resultado mais previsível para a regeneração de estruturas periodontais perdidas. Recentemente, várias modalidades, por exemplo, a regeneração tecidual guiada (GTR), concentrado autólogo foram

experimentados, como plasma rico em plaquetas (PRP) e fibrina rica em plaquetas (PRF) em combinação com enxerto ósseo para a regeneração, que mostrou melhor resultado clínico (SUMEDHA *et al*, 2014).

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de uma lesão endopério em um molar inferior, onde foi realizado o tratamento endodôntico e acompanhamento periodontal como preconizado na literatura.

RELATO DE CASO

Paciente R. S. F. S, sexo feminino, 42 anos, não apresentando nenhuma doença sistêmica, compareceu a clínica odontológica do curso de especialização de Endodontia do CPGO- RECIFE, queixando-se de dor localizada, curta e espontânea do elemento dentário 36. Após o exame clínico e radiográfico, foi observado presença de uma restauração próxima aos cornos pulpares (Figura 1), presença de reabsorção óssea, mobilidade grau I segundo Kieser (1992), lesão de furca classe II de acordo com a classificação de Lindh et al. (2005), sangramento a sondagem e perda de inserção de 5mm na vestibular e 6mm na lingual. Paciente não referiu dor durante o teste de percussão vertical e horizontal com cabo do espelho. O teste térmico frio de sensibilidade pulpar apresentou resposta negativa (Endo-Ice, Maquira, Paraná, Brasil). Com os achados clínicos e radiográficos, confirmou-se a presença de uma lesão endopério combinada verdadeira.

Na mesma sessão foi iniciado o tratamento endodôntico no dente 36. Foi realizado anestesia local pela técnica do bloqueio do nervo alveolar inferior, iniciando a abertura coronária com broca esférica diamantada #1014 (FAVA, Pirituba, SP, Brasil) e brocamultilaminada de ponta inativa (Endo Z, Angelus Indústria de Produtos Odontológicos S/A). Efetuada a localização de 3 canais, foi prosseguido a confecção do isolamento absoluto.

Os canais radiculares foram inicialmente explorados com lima manual do tipo K-File #10 #15 e #20, (Maillefer, Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EUA). Em seguida, foi realizado o preparo químico-mecânico, selecionando o sistema Easy ProDesign Logic, e a lima inicial foi 15.05. Em seguida foi feita a odontometria eletrônica, no qual foi evidenciado o canal méso vestibular (MV) com 15mm e referência na cúspide MV, o canal méso lingual (ML) 15mm referência MV e o canal distal (D) 14,5mm referência MV. A instrumentação seguiu a sequência 25,06, #30,05, #40,01, 40,05 no canal distal e nos canais mesio-vestibular e mesio-lingual #25,06, #30,05, #40,01 e #40,04. Acompanhado de irrigação com solução de hipoclorito de sódio a 2,5%. Como medicação intracanal entre sessões, foi utilizada pasta de hidróxido de cálcio, Callen (SSWhite, Brasil), para curativo de demora.

Após 20 dias, foi realizado o retorno do tratamento. A prova do cone (figura 2), foi feita com as guta-perchas FM nos canais MV e ML, e o D guta-percha 40,04 e uso de acessórios. Fez-se irrigação com EDTA por 3 minutos, seguida de irrigação com

hipoclorito de sódio a 2,5% os canais foram secos com cones de papel absorvente (Maillefer, Dentsply). A obturação dos canais foram feitos por meio da técnica de condensação lateral e vertical com cimento AHplus. A radiografia final foi realizada, evidenciando que o canal distal apresentou calcificação no terço apical ficando aproximadamente 2,5mm do ápice.

O acompanhamento do tratamento foi realizado com 4 meses após a finalização e tomada radiográfica (figura 6) evidenciou uma maior reabsorção óssea quando comparada a radiografia final (figura 5). A paciente está em tratamento periodontal de controle e foi indicado a realização de cirurgia de enxerto na região.



Figura 1. Radiografia inicial mostrando presença de reabsorção óssea, lesão de furca.



Figura 2. A prova do cone.

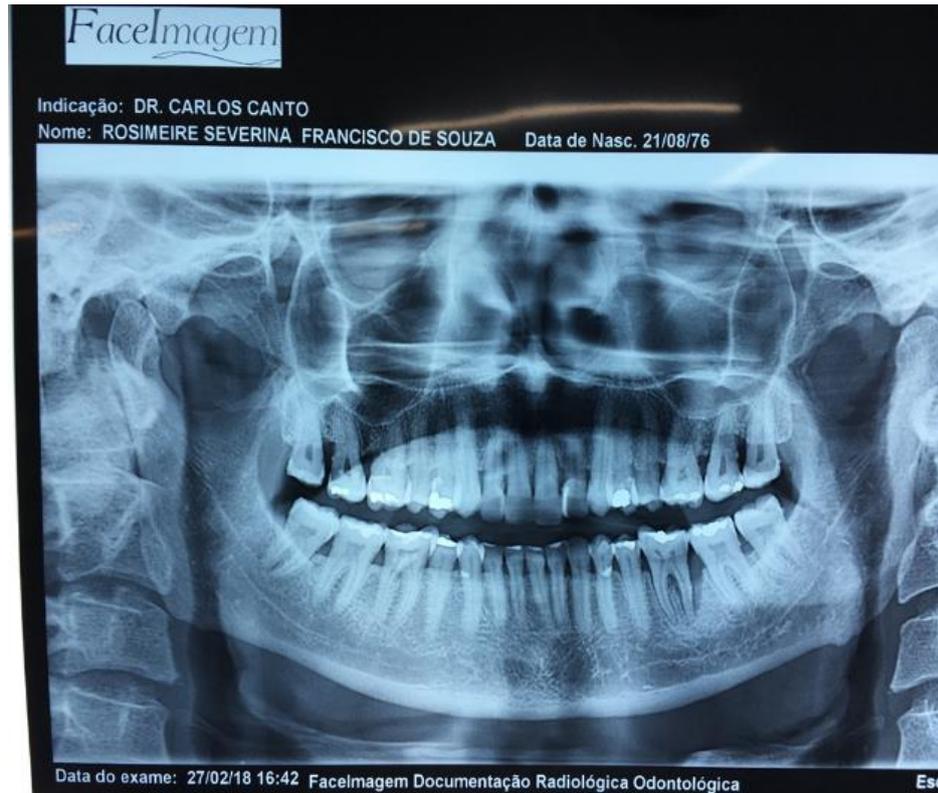


Figura 3. Radiografia Panorâmica dos Maxilares.



Figura 4. Radiografias periapicais dos elementos dentários.



Figura 5. Radiografia final, canal distal apresentou calcificação no terço apical.



Figura 6. Radiografia de acompanhamento do tratamento após 4 meses de finalização.

DISCUSSÃO

Um dos objetivos principais no tratamento é a eliminação de todas as vias de comunicação microbiana. Deve-se ter maior atenção a região de bi ou trifurcação de molares aonde o canal cavo inter-radicular pode estar presente e constituir comunicação entre a cavidade pulpar e o ligamento periodontal adjacente. Como também os canais acessórios na furca que viabilizam a comunicação de condições patológicas (TAVARES & RAMOS, 2009).

A infecção de endopério tem origem polimicrobiana com características anaeróbicas em que a microbiota da infecção endodôntica é menos complexa que a das infecções periodontais (CASTRO *et al*, 2011).

Estima-se que os problemas pulpares e periodontais causem 50% da mortalidade dentária. Embora as lesões endoperiodontais sejam encontradas ocasionalmente, podem representar dificuldade para o clínico no diagnóstico e complicar o tratamento (PEERAN *et al*, 2013).

O diagnóstico diferencial é de suma importância para o tratamento correto das lesões, apresentando extrema dificuldade, por perderem a característica de lesões estritamente endodôntica e/ou periodontal (SILVEIRA, 2013).

Segundo PAROLIA *et al*, 2013, o prognóstico da verdadeira lesão combinada é muitas vezes deficiente ou mesmo impossível. Quando o comprometimento periodontal é menor irá apresentar um melhor prognóstico. Quando não há comunicação entre as lesões, o prognóstico depende da eliminação das causas individuais especialmente quando a lesão periodontal é crônica e extensa.

As infecções intrapulpares, promovem o desenvolvimento de perda óssea marginal em superfícies radiculares instrumentadas, sendo um fator de risco para a progressão da periodontite. Estudos clínicos demonstram que dentes envolvidos periodontalmente podem desenvolver bolsas, significativamente mais profundas quando a infecção do canal radicular está presente (ROMAGNA & GOMES, 2007).

De acordo com estudos de JANSSON *et al*, 1995, foram avaliados 175 dentes uni-radulares com tratamento endodôntico, em 133 pacientes com periodontite. Observou que dentes com o sistema de canais infectado podem apresentar maior perda óssea radiográfica. Os dentes com patologia periapical progressiva, indicando uma infecção contínua do canal radicular, perderam comparativamente mais inserção

radiográfica do que dentes com nenhum sinal de patologia periapical ou com destruição periapical estabelecida que tenha cedido durante o período de observação.

HARRINGTON *et al*, (2002) concluíram, que a sequência do tratamento proporciona uma melhor cicatrização inicial tecidual periapical, como também melhor avaliação da condição periodontal. Sendo assim o tratamento endodôntico deve ser adequadamente executado e realizado antes da terapia periodontal, diminuindo assim o risco de introduzir bactérias e seus produtos durante a fase inicial da cicatrização.

Para AKSEL & SERPER, 2014 sugerem que o tratamento endodôntico seja realizado no intervalo de até 6 meses antes do debridamento cirúrgico da furca, para não ocorrer prejuízos dos parâmetros clínicos da cicatrização periodontal.

As lesões combinadas requerem ambos os procedimentos regenerativos, endodôntico e periodontal. A taxa de sucesso da lesão combinada endodôntico-periodontal, se não apresentar um processo regenerativo concomitante, encontra-se num intervalo de 27% a 37%. (MAFRA, 2014). A abordagem regenerativa e o uso do microscópio cirúrgico, permitiu aumentar essa taxa para os 77,5% num follow-up de 5 anos (ROCHA,2007).

Apesar dos sinais e sintomas clínicos habitualmente regredirem após o tratamento, a lesão periapical pode permanecer meses ou anos (FRIEDMAN, 2005).

CONCLUSÕES FINAIS

O sucesso no tratamento dessas lesões depende de um correto diagnóstico diferencial, conhecimento da anatomia dos tecidos envolvidos, como também da etiologia envolvida. Os estudos abordados neste trabalho evidenciou que as lesões de endo-perio verdadeiras deve-se priorizar a indicação de um tratamento endodôntico prévio ao periodontal.

O estabelecimento de um intervalo exato entre os tratamentos não está descrito na literatura. Desta forma, é fundamental conjugar os dados obtidos por meio de exame radiográfico e físico, a fim de gerar informações que possam auxiliar na decisão clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SUMEDHA. S; TRILOK, S; AJAY, K.P; SATISH, K; SWAPNIL. M; SANTOSH. S. Pulp Orperiodontium?-Diagnosis and Management of Endo -Perio Lesion.. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences**. V. 13, n. 10, p. 90-93, oct. 2014.

TOYGAN. B. Non-surgical endodontic retreatment and follow-up of an endo – perio lesion: a case report. **Turk Endod J**. v. 1, n. 1, p. 43–46, 2016.

SANTOS. A. C. B; LINS. C. C.S.A. 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, jul/set. 2007.

LOPES. H; SIQUEIRA, J. J. F. **ENDODONTIA: BIOLOGIA E TÉCNICA**. Ed.4. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 795.

SOUZA. L. C; QUEIROZ. A. P G; RANGEL. L. G. O; BARBOSA. O. L. C. Lesão Endopério: Relato de Caso Endo-Perio Injury: Case Report. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. V.15, n.1, p. 53-56, Jun – Ago. 2016.

PROCÓPIO. V. C. **LESÃO DE ENDO-PÉRIO: Uma Revisão**. 2014. Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GONÇALVES. M. C; MALIZIA. C; ROCHA. L. M D. Lesões Endodôntico-Periodontais: Do Diagnóstico ao Tratamento. **Braz J Periodontol**. v. 27, n. 1, p. 40-45, March. 2017.

FAGUNDES. C. F; STORRER. C. M; SOUSA. A. M; DELIBERADOR. T. M. LOPES. T. R. Lesões endoperiodontais – considerações. **RSBO** v. 4, n. 2, 2007.

ROMAGNA. R; GOMES. S. C. Lesão endo-periodontal: plausibilidade biológica para o tratamento endodôntico prévio ao periodontal?. **Stomatoss**, v.13, n. 25, jul- dez. 2007.

MAFRA. S.B. **Lesões Endo-Perio: Classificação e Diagnóstico**.2014. Dissertação de Mestrado Universidade Fernando Pessoa- Faculdade Ciências da Saúde - Medicina Dentária. Porto, 2014.

SAYÃO, S. **Novos Passos na Endodontia: Visão do Aprendiz**. Ed.1. OLINDA- PE: LIVRO RÁPIDO, 2012. p.149.

TAVARES. C. M; RAMOS. J. M.O. Avaliação da relação endo-perio através da análise da configuração interna dental. **Int Dent**. v. 8, n. 2, p. 58-66, abr-jun. 2009.

CASTRO. I. C. V; PARAGUASSÚ. G. M; LINO. M. C; NETO. A. P. A. V. Lesões Endoperiodontais: Uma Visão Contemporânea. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p.73-86, jan./dez. 2011.

PEERAN. S. W; THIRUNEERVANNAN. M; ABDALLA. K. A; MUGRABI. M. H. Endo-Perio Lesions. **International Journal of Scientific & Technology Research**. v. 2, n. 5, p. 268-274, may. 2013.

SILVEIRA. J. C. **Lesões Endoperiodontais: Uma Revisão de Literatura**. 2013. Monografia Especialização de Endodontia- UFRS- Porto Alegre. 2013.

PAROLIA, A., GAIT, T., PORTO, I., MALA, K. Endo-perio lesion: A dilemma from 19th until 21st century. **Journal of Interdisciplinary Dentistry**. v. 3, n. 1. Oct. 2013.

JANSSON, L. et al. Endodontic pathogens in periodontal disease augmentation. **J Clin Periodontol**, v. 22, n. 1, p .598-602, dez.1995.

HARRINGTON, G. W. et al. The periodontal – endodontic controversy. **Periodontol** 2000, v.30, n.1, p.123-130, may. 2002.

AKSEL. H; SERPER. A. A case series associated with different kinds of endoperio lesions. **J Clin Exp Dent**. v. 6, n. 1, p. 91-95, 2014.

ROCHA. M. A. **Lesões endo-periodontais: manter o dente ou substituí-lo por um implante endo-ósseo?** 2007. Artigo de Revisão. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. 2007.

FRIEDMAN S. The prognosis and expected outcome of apical surgery. **Endodontic Topics**. v, 11, n. 1, p. 219-162. 2005.