

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

**Raquel Silva Barbosa**

**MANEJO DE LESÕES ENDODÔNTICAS-PERIODONTAIS:  
Revisão da literatura e relato de caso clínico**

Osasco-SP

2023

Raquel Silva Barbosa

**MANEJO DE LESÕES ENDODÔNTICAS-PERIODONTAIS:  
Revisão da literatura e relato de caso clínico**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Associação Brasileira de  
Odontologia – Regional Osasco para  
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laila Freire

Área de concentração: Endodontia



Raquel Silva Barbosa

**MANEJO DE LESÕES ENDODÔNTICAS-PERIODONTAIS:  
Revisão da literatura e relato de caso clínico**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Associação Brasileira de Odontologia – Regional Osasco para obtenção do título de Especialista.

Área de concentração: Endodontia

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Marcelo dos Santos – ABO/Osasco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laila Freire – ABO/Osasco

---

Prof. Dr. Breno Nantes – ABO/Osasco

Osasco, 21 de março de 2023

Dedico esta monografia inteiramente aos meus orientadores, que me mantiveram focada e na trilha certa para a conclusão satisfatória deste projeto. Grata pela sua orientação preciosa.

## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas com quem convivi ao longo deste curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Aos meus familiares, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

*“Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar”. (William Shakespeare)*

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo relatar através de um caso clínico o diagnóstico e tratamento de uma lesão endodôntica-periodontal primária. Neste caso paciente de 58 anos de idade, sem comprometimento sistêmico, procurou tratamento endodôntico para elemento 36, já iniciado anteriormente. Ao exame intra oral elemento apresentava fístula em região vestibular, mobilidade grau II e bolsa de 4 mm com drenagem de exsudato via sulco gengival. Paciente não apresentava dor, sendo assim, embasado nos exames clínicos e radiográficos, pode-se chegar a um diagnóstico de lesão endodôntica-periodontal primária. A endodontia foi realizada em conjunto com terapia periodontal, após quatro sessões foi possível observar radiograficamente a regressão da lesão periapical e formação óssea na região apical. Assim sendo, o sucesso de uma lesão periodontal e endodôntica combinada depende da eliminação de ambos os processos da doença. Por fim, para o desenvolvimento deste trabalho, será usada uma metodologia de revisão de literatura bem como o estudo de um caso relacionado ao respectivo tema em destaque. A reabilitação e o controle em longo prazo foram fatores que contribuíram para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Lesões endo-perio, Tratamento lesões endo-perio, classificação endo-perio.

## ABSTRACT

This study aimed to report through a clinical case the diagnosis and treatment of a primary endodontic-periodontal lesion. In this case, a 58-year-old patient, without systemic involvement, sought endodontic treatment for element 36, which had already been started previously. On intraoral examination, the patient presented a fistula in the buccal region, grade II mobility and a 4-mm pocket with drainage of exudate via the gingival sulcus. The patient had no pain, therefore, based on clinical and radiographic examinations, a diagnosis of primary endodontic-periodontal lesion could be reached. Endodontics was performed together with periodontal therapy, after four sessions it was possible to observe radiographically the regression of the periapical lesion and bone formation in the apical region. Therefore, the success of a combined periodontal and endodontic lesion depends on the elimination of both disease processes. Finally, for the development of this work, a literature review methodology will be used as well as the study of a case related to the respective highlighted theme. Rehabilitation and long-term control were factors that contributed to the success of the treatment.

**Keywords:** Endo-perio injuries, Endo-perio injuries treatment, endo-perio classification.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERTURA .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Visão geral .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Diagnóstico.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Pontos a serem analisados no diagnóstico.....</b>	<b>16</b>
<b>3.4 Prognóstico em lesões endo-periodontais.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Tratamento.....</b>	<b>22</b>
<b>4. RELATO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>24</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As lesões endodôntico-periodontais ou endo-periodontais, são caracterizadas por envolverem simultaneamente a polpa e o periodonto. Uma vez que, tanto a patologia periodontal quanto a pulpar tem evoluções próprias. Porém, apresentam similaridades de origem embrionária, de comunicação anatômica, histofisiológicos e de micro-organismos (JIVOINOVICI, 2014).

Estes fatores favorecem a extensão da inflamação periodontal na polpa e vice-versa, facilitada principalmente pela existência de meios anatômicos entre os dois tecidos, o que permite o estabelecimento de uma influência patológica recíproca. Portanto, o tratamento e o prognóstico dessas lesões variam, dependendo da etiologia, a patogênese e o diagnóstico correto de cada condição específica (JIVOINOVICI et al., 2017)

Devido à íntima conexão anatômica e vascular entre a polpa e o periodonto o diagnóstico das lesões endo-perio é bastante complexo e essencial para definir o tratamento e sua previsibilidade.

As lesões endo-periodontais podem evoluir de uma microbiota simples para uma relativamente complexa e está associada a microrganismos anaeróbios mistos (SINGH, 2011).

Neste sentido, o diagnóstico e o tratamento das lesões endodônticas-periodontais podem ser desafiantes ao cirurgião-dentista, o sucesso do tratamento destas lesões, dependerá de um diagnóstico correto (RAHEJA, 2014).

Estabelecer um diagnóstico correto das lesões de endo-periodontal é de fundamental importância para determinar o tratamento e o prognóstico destas lesões, o que é obtido através da cuidadosa anamnese, exame clínico e o uso de testes especiais que serão mencionados ao longo deste trabalho. (SINGH, 2011).

Ademais, a doença endodôntica primária com envolvimento endodôntico secundário e a doença combinada verdadeira apresentam características clínicas e radiográficas muito similares. Portanto, no manejo das lesões de origem pulpar ou periodontal, fazer um diagnóstico preciso quanto à

fonte de infecção é um determinante crítico do resultado do tratamento (SULTAN, 2013).

Sendo assim, a lesão periodontal é diagnosticada através da coloração da gengiva, alterações morfológicas, radiografias, sondagem do sulco, porém a lesão endodôntica evidencia-se através de sintomatologia dolorosa, calor, frio e necrose pulpar.

O objetivo deste trabalho foi através da apresentação do relato de um caso clínico apresentar uma revisão bibliográfica das lesões endo-periodontais, de sua classificação, etiologia e tratamentos.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico revisando a literatura acerca das lesões endo-periodontais, bem como sua classificação, etiologia e tratamento.

### 3. REVISÃO DE LITERTURA

#### 3.1 Visão geral

O termo lesão “endo-perio” surgiu décadas atrás para designar uma condição de doença específica que afeta a polpa e os tecidos periodontais simultaneamente (FOUZAN, 2014).

Segundo o entendimento de Lata (2014), o termo lesão endo-perio tem sido proposto para descrever a lesão destrutiva resultante de produtos inflamatórios encontrados em vários graus nos tecidos periodontal e pulpar. As lesões endo-periodontais são condições difíceis de diagnosticar. No entanto, a história do paciente e um exame clínico completo levam a um diagnóstico correto, tornando possível o tratamento dessas lesões com resultado favorável. Os dados coletados devem incluir radiografias periapicais, teste de vitalidade pulpar, percussão, palpação, e profundidade de sondagem de bolsa.

As inter-relações pulpares e periodontal têm sido amplamente investigadas por muitos autores (Jivoinovici, 2014). Os canais radiculares e as bolsas periodontais contêm comunicações fisiológicas, como forame apical, forames dos canais laterais e túbulos dentinários. Essas estruturas anatômicas podem se tornar vias para a migração de doenças periodontais e patógenos endodônticos e contribuem para o desenvolvimento de lesões endodôntica (ZENDER, 2012).

No diagnóstico diferencial das lesões perirradiculares, as lesões de origem endodôntica primária têm a maior contribuição. (PONTES et al., 2014). No entanto, os médicos também devem considerar lesões de origem não endodôntica, incluindo lesões anatômicas variações, outros cistos odontogênicos ou de desenvolvimento de neoplasias e diferentes categorias de lesões periodontais endodônticas combinadas. Cada um precisa de um plano de tratamento diferente e tem prognóstico diferente (PONTES et al., 2014).

A polpa e o periodonto são anatomicamente e funcionalmente inter-relacionados desde o período embrionário até a vida, na saúde e na doença. As lesões endodônticas-periodontal, seu diagnóstico, manejo e prognóstico têm sido uma das questões desafiadoras na prática odontológica (FREITAS, 2017).

Nas lesões endodônticas primárias, a reabsorção do tecido adjacente osso periapical e destruição do aparelho de fixação aconteceriam. O processo supurativo pode estabelecer um seio trato que pode se estender através do espaço do ligamento periodontal e forame apical. Em tais lesões com periodontia secundária envolvimento, conseqüente a uma lesão endodôntica não cicatrizada, e como resultado da drenagem contínua e acúmulo de placa e cálculo na bolsa, o osso alveolar perirradicular iria destruir ainda mais e pode prosseguir para mais apical migração da inserção e estabelecimento do periodonto doença (COHEN, 2013).

Em geral, existem mais espécies de microrganismos em bolsas periodontais do que em sistemas de canais radiculares infectados e, a microbiota de canais radiculares infectados que apresentam doença periodontal concomitante é mais complexa do que em dentes com patologia confinada apenas à região periapical. Assim, a bolsa periodontal pode ser uma fonte de bactérias para o canal radicular ou vice-versa. (ABBOTT & SALGADO, 2009).

A maioria das classificações é baseada nos fatores etiológicos e padrões patológicos ou nas estratégias de tratamento e prognóstico. Na tentativa de introduzir uma classificação mais generalizada, alguns autores como os referenciados na tabela 2, não seguem apenas um critério e classificam as lesões endo-perio com base em fatores etiológicos, padrões patológicos e estratégias de tratamento e prognóstico (AHMED, 2012).

As lesões endo-periodontais, também conhecidas como lesões endo-perio, são caracterizadas por alterações patológicas com envolvimento pulpar e periodontal em um mesmo dente (Al-Fouzan, 2014; Solomon et al., 1995; Gomes et al., 2015). No entanto, este termo não distingue a fonte primária da lesão, que pode ser iniciada na polpa ou no periodonto.

Há um consenso geral de que a grande maioria das lesões pulpares e periodontais é resultado de infecção bacteriana. Sugere-se que uma doença pode ser o resultado, ou a causa da outra; ou até mesmo, originada de dois processos diferentes e independentes, associados ao seu desenvolvimento. (CHAPOLA, 2017).

### 3.2 Diagnóstico

As lesões endo-periodontais são manifestações entre o periodonto e a polpa. A explicação mais relevante cientificamente indica uma possível comunicação entre as estruturas anatômicas da polpa com as do periodonto (Young-Dan et al., 2017). Em complemento, Goyal (2014) discorre que esse tipo de lesão é de difícil constatação, porém sejam diariamente encontradas nos consultórios odontológicos.

Neste sentido, é importante discorrer que um diagnóstico correto e qualidade, é fundamental para se evitar futuras complicações, que podem sim, vir a interferir no sucesso do tratamento.

Diversos estudos apontam, quem existe a necessidade de se realizar uma série de exames como: anamnese precisa, avaliação de aspectos clínicos, avaliações microbiológicas e análise in vitro, avaliações microbiológicas e análise in vitro, exame de mobilidade dental, exame de percussão; exame de rastreamento de fístula, teste de sensibilidade pulpar e se necessário, em caso de dúvidas, exposição cirúrgica, dentre outros exames que podem ser solicitados pelo dentista responsável pelo paciente.

Bocanegra (2015) destaca a importância de completar a história clínica e fazer o diagnóstico correto para garantir um prognóstico e tratamento correto levando em consideração todos esses fatores e as divergências em relação a origem e a direção que essas infecções desenvolveram.

Com base na classificação que se segue, é de extrema importância que o cirurgião-dentista saiba como diferenciar as origens das lesões endo-periodontais, incluindo todas as vias de comunicação entre a polpa e o periodonto como o forame apical, canais acessórios e os túbulos dentinários que atuam como possíveis vias para os micro-organismos, permitindo assim a disseminação da infecção de um sítio para outro. (Al – Fouzan, 2014). Através deste conhecimento, o cirurgião-dentista alcançará o diagnóstico correto e tratamento adequado, resultando em maiores chances de obter sucesso no tratamento das lesões periodontais endodônticas. Devido à complexidade destas infecções, uma interdisciplinaridade abordagem com uma boa colaboração entre endodontistas, periodontistas e microbiologistas (AL-FOUZAN, 2014).

### 3.3 Pontos a serem analisados no diagnóstico

Para estabelecer um adequado diagnóstico, o cirurgião dentista deve ficar atento para alguns critérios de avaliação a serem realizados durante o procedimento clínico:

1. Anamnese: é um tipo de exame considerado fundamental para se analisar a patologia do paciente. Neste tipo de exame, será feita uma inspeção nos lábios, língua, bochechas, e ao fim, buscar classificar que tipo de doença seria a origem do problema e o tratamento correto.

2. Avaliação dos aspectos clínicos: este tipo de avaliação, nada mais é do que entenderem nos detalhes, as reclamações do paciente, e buscando assim, avaliar as características presente em cada lesão endo-periodontal. É fundamental aqui, que o dentista tenha conhecimento técnico e teórico sobre o tema.

3. Exame visual de tecidos moles: Esse exame consiste em avaliar tecidos moles: gengiva inserida, lábios, palato, mucosa oral, músculos e língua para verificar alterações/ presença de fístulas, inflamação e ulceração e trato sinusal (SHENOY & SHENOY, 2010).

4. Avaliação radiográfica: Um adequado exame radiográfico das alterações periodontais e periapicais é essencial para estabelecer um correto tratamento (Gambin & Cecchin, 2018). Além disso, em caso de dúvidas no exame periapical radiográfico de consultório a tomografia computadorizada helicoidal poderá ser uma forma de diagnóstico diferencial (GHANDI ET AL., 2011).

5. Exame de sondagem: Sondagem dental - Esse teste consiste em verificar o comprometimento dental de elementos não vitais ou com presença de tratamento endodôntico associado (Cohen, 2010).

Sondagem periodontal- é o teste que vai verificar medidas anormais de profundidade de bolsa periodontal e possível comprometido do periodonto (Gonçalves, 2017). Ambos os exames citados podem e devem ser realizados, a fim de ajudar o dentista a chegar a uma conclusão correta sobre o problema que precede nas dores e queixas do paciente.

6. Exames microbiológicos: É utilizado para pesquisa de bactérias com a finalidade de verificar e diferenciar a microbiota presente em cada patologia do periodonto e da polpa. Esse exame consiste em realizar coletas da bolsa periodontal e do canal radicular através do uso de cone de papel absorvente estéril. E ainda, o exame consiste em verificar e identificar a etiologia bacteriana mais predominante para casos com difícil controle e cura tecidual, a fim de diagnóstico diferencial. (GAMBIN, 2018).

7. Exame de percussão: Tem a finalidade de verificar as condições pulpares e a presença de inflamação nos tecidos perirradiculares. Subdivide-se em vertical e horizontal. A percussão vertical consiste em pressionar o elemento dental na face oclusa/incisal com o auxílio de cabo de instrumento, através de pequenas suaves batidas. Já a percussão horizontal utiliza o auxílio de um cabo de instrumento posicionado horizontalmente, na face vestibular do elemento. O desconforto à pressão no dente suspeito determina doença pulpar por meio de resposta a algum tipo de inflamação tecidual anormal (SHENOY & SHENOY, 2010).

8. Exame de mobilidade dental: Consiste em avaliar a condição entre periodonto, ligamento periodontal e dente, por meio de pressão vertical com auxílio de cabo instrumento pressionado na face oclusal, no sentido do ápice e pressão horizontal, com o instrumento posicionado nas faces vestibular e lingual do dente afetado. Sendo considera as seguintes referências para o exame: (Grau I: considerada mobilidade fisiológica; Grau II: Mobilidade moderada; Grau III: mobilidade severa) (SHENOY & SHENOY, 2010).

9. Teste de rastreamento de fístula: Esse teste permite uma identificação e diagnóstico diferencial da região periodontal envolvida (nos casos de etiologia periodontal) ou do elemento dental envolvido (para casos de doença de origem pulpar). (Goncalves, 2017). O exame consiste na introdução um cone de guta-percha acessório no ponto de interação do periodonto com o meio oral de forma cuidadosa, levando-o a fazer o trajeto até o local de origem. Em sequência é realizada a radiografia periapical para determinar de forma precisa a origem da lesão. (GONÇALVES, 2017).

10. Exame clínico de tecidos duros: Para verificar: traumas, fraturas radicular e vertical e corono-radicular e presença raízes fusionadas (SHENOY & SHENOY, 2010).

TABELA 1: RESUMO DOS PRINCIPAIS TESTES UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS:		
Autor/ Ano	Lesão endo-periodontal	Teste de diagnóstico diferencial
Sunitha <i>et al.</i> , 2008; Shenoy & Shenoy, 2010; Ghezzi <i>et al.</i> , 2012; Gonçalves <i>et al.</i> , 2017	Lesão endodôntica primária	Exame clínico; Teste de sensibilidade pulpar; Teste de sondagem dental e periodontal; Teste percussão; Palpação apical; exame radiográfico.
Sunitha <i>et al.</i> , 2008; Shenoy & Shenoy, 2010; Ghezzi <i>et al.</i> , 2012; Gonçalves <i>et al.</i> , 2017. Gambin & Cecchin, 2018	LEP com envolvimento periodontal secundário OU LEP com envolvimento endodôntico secundário	Exame clínico; Exame de sondagem; Exame de mobilidade dental; Teste de sensibilidade pulpar; Exame de rastreamento de fístula; Teste de percussão; Exame radiográfico.
Sunitha <i>et al.</i> , 2008; Shenoy & Shenoy, 2010; Ghezzi <i>et al.</i> , 2012; Gonçalves <i>et al.</i> , 2017. Gambin & Cecchin, 2018	Lesão periodontal primária (LPP)	Exame clínico; Exame de sondagem periodontal; Exame de mobilidade dental; Exame radiográfico; Teste de sensibilidade pulpar.
Sunitha <i>et al.</i> , 2008; Shenoy & Shenoy, 2010; Ghezzi <i>et al.</i> , 2012; Gomes <i>et al.</i> , 2015; Gonçalves <i>et al.</i> , 2017. Gambin & Cecchin, 2018; Pourhajibagher & Bahador, 2018	Lesão endo-periodontal verdadeira combinada	Exame clínico; Exame radiográfico; Exame de sondagem; Exame de mobilidade dental; Exame de rastreamento de fístula; Teste de percussão; Exame microbiológico.

Tabela 1: Resumo dos principais testes utilizados para o diagnóstico das lesões endo-periodontais. Fonte: SOBRAPE, 2019

### 3.4 Prognóstico em lesões endo-periodontais

#### 1. Lesão primária

Por ser uma lesão meramente de origem endodôntica o seu prognóstico é considerado favorável (Abbott & Salgado, 2009; Singh, 2011). Mesmo ocasionando uma drenagem purulenta por meio do ligamento periodontal, sua solução é alcançada por terapia endodôntica não cirúrgica. Sendo assim, um grande ponto positivo ao tratamento (HARGREAVES & COHEN, 2010).

Em casos de não houver a solução da lesão periapical e haver uma drenagem purulenta persistente é indicado uma cirurgia para curetagem da lesão. Mesmo assim, ainda será um prognóstico favorável de cura da enfermidade (SINGH, 2011).

Para Lopes (2015), as doenças endodônticas primárias geralmente se reparam após o tratamento do canal radicular. Nos estágios iniciais da doença, as alterações radiográficas podem não ser detectáveis. Com a evolução da doença pode ser observado o espessamento do ligamento periodontal do dente afetado, uma rádio lucidez periapical ou uma lesão radiopaca estendendo-se de apical para cervical. Os testes de vitalidade da polpa vão revelar uma resposta anormal ou completamente ausente. Quando a bolsa é sondada, é estreita e não tem largura e a doença endodôntica primária normalmente cicatriza após o tratamento endodôntico.

Segundo os preceitos de Goncalvez (2017), na doença endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, se uma doença endodôntica primária com a presença de pus permanecer sem tratamento por determinado período de tempo, pode se tornar responsável secundariamente pelo rompimento do periodonto marginal. A placa é encontrada na margem gengival de uma fístula isolada, que leva à inflamação periodontal marginal. Quando a placa ou o cálculo estão presentes, o tratamento e prognóstico são diferentes daqueles do dente afetado apenas pela doença endodôntica primária. (Hargreaves & Cohen, 2011). Os dentes adjacentes não são necessariamente acometidos. Radiograficamente um espessamento evidente do ligamento periodontal do dente afetado pode ser observado da região apical à cervical, os testes de vitalidade normalmente revelam resposta negativa e uma bolsa isolada, porém ampla, é normalmente encontrada estendendo-se até o ápice. (Abbott & Salgado, 2009; Singh, 2011). O dente afetado necessita tanto de tratamento endodôntico quanto periodontal. Se o tratamento endodôntico for adequado, o prognóstico depende da gravidade da lesão marginal periodontal e da eficácia do tratamento. Com o tratamento endodôntico isolado, apenas a parte da lesão que é de etiologia endodôntica irá cicatrizar até o nível da lesão periodontal secundária.

Segundo o entendimento de Goncalvez (2017), na doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário, a progressão de uma bolsa periodontal pode continuar até os tecidos apicais serem envolvidos. Nesse caso, a polpa pode se tornar necrótica como resultada da infecção, pela penetração bacteriana via canais laterais ou forame apical. O mesmo autor, cita que as bactérias oriundas da bolsa periodontal podem ser a fonte da infecção

do canal. Com a evolução da doença, é esperado que a polpa perca sua vitalidade. Os testes de sensibilidade vão revelar uma resposta anormal ou completamente ausente e a sondagem mostra uma bolsa periodontal profunda que se estende apicalmente, não se estendendo, entretanto, necessariamente até o ápice. O mesmo autor mencionado destaca que em dentes unirradiculares, o prognóstico geralmente é sombrio. Nos molares, o prognóstico pode ser melhor, desde que todas as raízes não sofram a mesma perda de tecidos de suporte. Em tais raízes, a ressecção radicular pode ser considerada como uma tentativa de tratamento.

Nesse caso o prognóstico vai depender além de uma correta e eficaz terapia endodôntica, também do grau de envolvimento/ comprometimento periodontal (Hargreaves & Cohen, 2011). Normalmente, o reparo tecidual de danos causados ao periodonto por meio da supuração ocasionada pela polpa necrótica é considerado previsível (SIQUEIRA & LOPES, 2010).

Por ser uma lesão de origem endodôntica que se expande e compromete o periodonto, seu prognóstico se torna menos favorável quando comparado à lesão endodôntica primária (ROTSTEIN & SIMON, 2014).

## 2. Lesão periodontal primária

No que diz respeito a este tipo de lesão, o principal critério que deve ser levado em consideração para determinar um prognóstico em lesão periodontal primária é a progressão do processo já envolvido pela periodontite que ocasiona destruição periodontal e afeta os dentes envolvidos nessa patologia (HARGREAVES & COHEN, 2011).

Grydianov (2013) discorre que o tratamento periodontal é considerado o principal aspecto ao prognóstico em elementos dentais acometidos por lesão periodontal primária. Isso se deve pela necessidade de eliminação de bactérias para regeneração tecidual de suporte dental. Outro fator que acaba se tornando essencial ao prognóstico é a motivação com a qual o indivíduo com doença periodontal tem acerca da adesão ao tratamento para a cura periodontal (GAMBIN & RIBAS, 2017).

Conforme o entendimento de Goncalvez (2017), no que diz respeito ao sucesso em longo prazo deve-se ficar atento aos fatores como: severidade e

extensão das infecções pulpar e periodontal iniciais, vitalidade pulpar, correto plano de tratamento, habilidade do cirurgião-dentista.

### 3. Lesões combinadas

De acordo com o entendimento de Santos (2015), as lesões endo-perio combinadas ocorrem menos frequentemente. Ademais, o mesmo autor discorre que doenças endo-perio combinadas ocorrem quando uma doença endodôntica progride coronariamente simultaneamente a uma bolsa periodontal infectada que progride apicalmente. O grau de perda de suporte nesse tipo de lesão é alto. Áreas de radiolucidez óssea extensa de origem endodôntica e periodontal podem ser encontradas associadas ao dente afetado. O mesmo autor em questão menciona que dependendo do estágio da doença, a lesão pode ou não se comunicar. Os testes de sensibilidade vão revelar ausência completa de resposta e a sondagem vai mostrar uma bolsa periodontal profunda e cônica, característica da doença periodontal. Santos (2015) diz ainda que o prognóstico é frequentemente desfavorável. Isto é, particularmente verdadeiro para dentes unirradiculares. Em molares, a ressecção radicular pode ser considerada como alternativa para o tratamento se apenas algumas das raízes forem severamente envolvidas. Na maioria dos casos, a cicatrização periapical pode ser antecipada após o tratamento endodôntico bem-sucedido. Os tecidos periodontais, entretanto, podem não responder bem ao tratamento e os resultados dependem da gravidade da condição.

Para Carvalho (2005), o diagnóstico diferencial entre as lesões endodôntico-periodontais pode ser estabelecido sem muita dificuldade. Porém, os sintomas e sinais clínicos podem se apresentar muito semelhantes e um profissional menos atento corre risco de adotar uma terapêutica inadequada.

Segundo Santos (2015), dentes com infecções endodônticas primárias, com ou sem lesão periapical, apresentam uma rica microbiota endodôntica. Inicialmente a infecção endodôntica é constituída de uma grande variedade de espécies bacterianas e um maior número de microrganismos aeróbios estritos e anaeróbios facultativos. Entretanto conforme a doença avança ocorrem mudanças ambientais que acarretam alterações no biofilme endodôntico, com a diminuição da quantidade de microrganismos aeróbios e anaeróbios

facultativos e da variedade de espécies bacterianas, com a predominância de microrganismos anaeróbios estritos.

#### 4. Lesão endo-periodontal verdadeira combinada

As lesões verdadeiras combinadas por terem difícil diagnóstico, ou seja, na maioria dos casos apenas um fator é tratado: periodontal ou pulpar. O prognóstico vai depender da remoção dos fatores etiológicos individuais e principalmente da prevenção de futuros fatores que podem alterar-se em processos da doença (HARGREAVES & COHEN, 2011).

Além disso, conforme o entendimento de Heasman (2013) o prognóstico varia conforme a resposta que o periodonto do indivíduo vai dar acerca da terapia periodontal.

### 3.5 Tratamento

Na prática clínica, somente exames mais aprofundados poderão ajudar a determinar se a lesão é uma condição endodôntica, periodontal ou uma combinação de ambos. Então, a classificação dessas lesões é feita em relação à fonte primária de origem, que pode ser pulpar ou periodontal (GARIBALDI et al., 2015).

A partir do momento em que o cirurgião-dentista consegue compreender a patogênese, pode então sugerir um tratamento adequado e avaliar o possível prognóstico uma vez que as lesões progridem para o seu envolvimento final apresentam uma imagem radiográfica e o diagnóstico diferencial se torna mais desafiante (LIM, 2014).

Segundo Sultan et al. (2013), os principais fatores a serem considerados para tratamento adequado das lesões endo-periodontais, são a vitalidade pulpar e o tipo e a extensão do defeito periodontal.

Conforme já mencionado, o diagnóstico da lesão endodôntica primária e da lesão periodontal primária geralmente não apresenta dificuldade clínica. Na lesão endodôntica primária a polpa está infectada e sua vitalidade é afetada, o tratamento a ser realizado será somente o endodôntico. O resultado do tratamento endodôntico é influenciado pela presença de microrganismos dentro do sistema de canais radiculares. É de esperar bom prognóstico se o

tratamento for realizado corretamente, com foco no controle da infecção. A fístula que se estender para o sulco ou bifurcação da área gengival desaparece numa fase inicial, uma vez que a polpa afetada foi removida e os canais bem limpos, instrumentados e obturados (PAROLIA, 2013).

Na ausência da cura dos tecidos moles e ósseo, é indicado um tratamento periodontal adicional. Em geral, é indicado que o tratamento endodôntico seja realizado primeiro, para a total eliminação dos subprodutos e patógenos endodônticos, que podem afetar o periodonto, desta forma, pode haver a cura de áreas doentes que se estendem através do sulco gengival sem a necessidade de tratamento periodontal, assim o prognóstico ao longo prazo das lesões reside na eficácia da terapia periodontal se necessária (JIVOINOVICI et al., 2014).

As lesões combinadas “verdadeiras” geralmente têm um bom prognóstico. Se uma lesão é diagnosticada e tratada principalmente como uma patologia endodôntica por falta de evidência de doença periodontal, e há a cicatrização dos tecidos moles visto na sondagem clínica e a regeneração óssea na radiografia, o grau de cura que ocorreu devido ao tratamento do canal radicular determina que o tratamento escolhido promovesse resultados positivos (GONÇALVES, 2017).

Segundo os preceitos de Kambale (2014), uma lesão endodôntica primária não tratada pode se envolver secundariamente com uma lesão periodontal, que clinicamente apresentam sinais e sintomas incomuns. Isso pode retardar o diagnóstico e, portanto, o tratamento correto. O diagnóstico de dentes com problemas endo-periodontais pode ser difícil de estabelecer, portanto, é de extrema importância uma anamnese adequada e o uso de vários auxiliares ao planejamento clínico, para obter um diagnóstico preciso. Estas lesões combinadas exigirão terapias endodônticas e periodontais. Além disso, técnicas do tipo regenerativas e de ressecção radicular são abordagens alternativas que melhoram a capacidade do cirurgião-dentista de lidar com essas lesões.

Alguns autores defendem métodos auxiliares para o sucesso do tratamento das lesões endo-periodontais, como a regeneração tecidual guiada (SONG, 2017).

#### 4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 58 anos de idade, sem comprometimento sistêmico, apresentou-se ao serviço de triagem endodôntica na Associação Brasileira de Odontologia (ABO) – Regional Osasco. Queixa principal, realizar tratamento endodôntico já iniciado no elemento 36. Paciente não apresentava dor.

Foram realizados anamnese, exame clínico extra e intra-oral, clinicamente paciente não apresenta alterações de gânglios, fístula cutânea ou edema na região. Ao exame intra oral elemento apresentava fístula em região vestibular, mobilidade grau II e bolsa de 4 mm (com drenagem via bolsa), os outros sítios se apresentaram normais.

Foram realizados testes de percussão horizontal e vertical nos elementos 35, 36 e 37, ambos não apresentaram sintomatologia dolorosa. Testes pulpares foram realizados e durante o teste térmico no elemento 36 e 35 (canal tratado), a resposta foi negativa e positiva no elemento 37 (++) , com declínio rápido. Teste negativo para quente em ambos.

No exame radiográfico constatou-se lesão cariosa com comprometimento pulpar no elemento 36, perda óssea e lesão apical. Embasado nesses exames clínicos e radiográficos, pode-se chegar a um diagnóstico de lesão endo-perio primária. Portanto o tratamento proposto foi: tratamento endodôntico e terapia periodontal.

Iniciou-se primeiramente a terapia endodôntica, através da obtenção do comprimento aparente do dente (CAD), 19 mm em todos os canais. Foi realizada anestesia local com cloridrato de lidocaína e fenilefrina (SS White), isolamento absoluto (grampo 201), abertura coronária com broca esférica 1016 (Ponta diamantada esférica FG ALLPrime), remoção de teto com broca Endo Z (FG- 23mm Angelus) e preparo cervical com lima rotatória K3XF 25.08 (1° serie Sybron Endo). Clinicamente, após a abertura, não foi observada presença de sangramento. Em seguida foi realizada a penetração desinfetante e irrigação com hipoclorito (NaClO), odontometria DV 19 mm (referência cúspide DV), DL 22 mm (referência cúspide DL), MV 20 mm (referência cúspide MV) ML 21 mm (referência cúspide ML) e realizada a patência dos canais com lima K #10 (Dentsply- Maillefer). Medicação com PRP (Fórmula e

Ação) e selamento duplo com obturador provisório (Normal Villevie) e ionômero de vidro restaurador (Maxxion R FGM). Não foi realizada prescrição medicamentosa sistêmica.

Na segunda sessão realizamos a instrumentação inicial com lima #35 (Flat MK), medicação intracanal com PRP (Fórmula e Ação) e selamento duplo com obturador provisório (Normal Villevie) e ionômero de vidro restaurador (Maxxion R FGM).

Instrumentação final dos canais DL e DV com lima reciprocante MK #40, medicação intracanal hidróxido de cálcio (Ultracal XL) e selamento duplo com obturador provisório (Normal Villevie) e ionômero de vidro restaurador (Maxxion R FGM). Na sessão seguinte realizamos irrigação ultrassônica passiva (PUI), com (NaClO e EDTA) e ponta de ultrassom Irrisonic (Helse), secagem dos condutos com cones de papel (35 e 40), prova do cone de guta percha (#35 e #40 MK Life), obturação com cimento endodôntico Bio-C Sealer (Angelus). Após a obturação do elemento, foram realizada cimentação de pino de fibra de vidro e reconstrução em resina composta e paciente foi encaminhado para confecção de coroa.

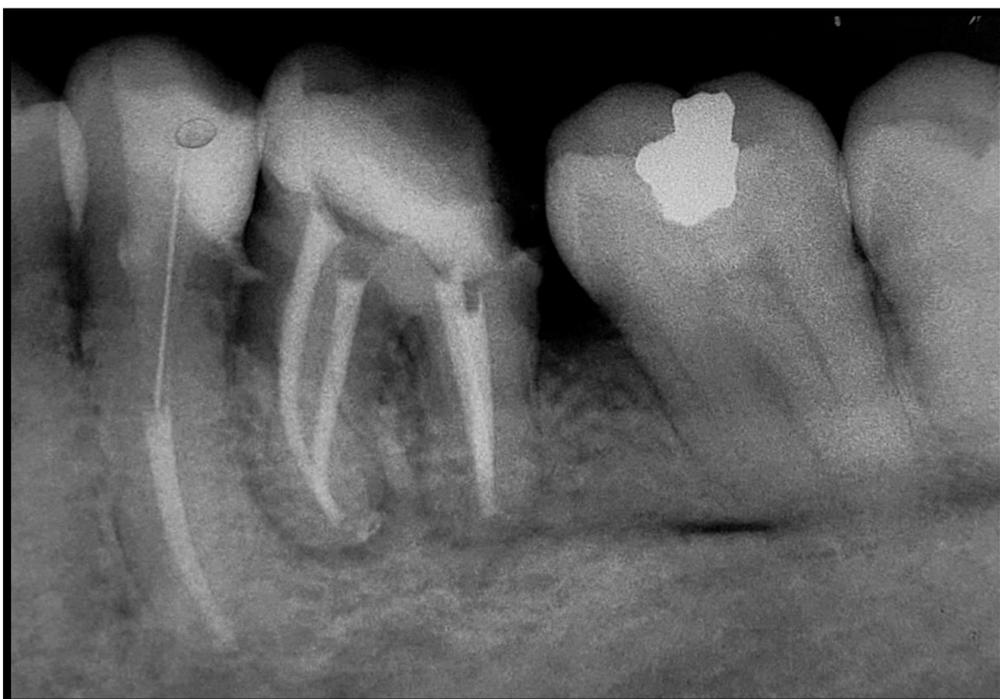
## Caso Clínico – Fotos

Figura 1: Radiografia inicial



Fonte: Autor, 2023

Figura 2: Radiografia pós-obturação



Fonte: Autor, 2023

## 5. DISCUSSÃO

As lesões endodônticas-periodontais apresentam desafios para os clínicos quanto ao diagnóstico e prognóstico dos dentes envolvidos. Os fatores a serem levados em consideração para a tomada de decisão sobre o tratamento de lesões endo-perio são vitalidade da polpa, tipo e extensão do defeito periodontal.

Neste sentido, o diagnóstico e o tratamento das lesões endodônticas-periodontais podem ser desafiantes ao cirurgião-dentista, o sucesso do tratamento destas lesões, dependerá de um diagnóstico correto (RAHEJA, 2014). Sendo assim, estabelecer um diagnóstico correto das lesões de endo-perio é de fundamental importância para determinar o tratamento e o prognóstico destas lesões, o que é obtido através da cuidadosa anamnese, exame clínico e o uso de testes especiais (SINGH, 2011). Após a conclusão de exames clínicos e testes, o presente caso clínico teve como diagnóstico de lesão endo-periodontal primária.

No diagnóstico diferencial das lesões perirradiculares, as lesões de origem endodôntica primária têm a maior contribuição. (Pontes, 2014). No entanto, os cirurgiões dentistas também devem considerar lesões de origem não endodôntica, incluindo lesões anatômicas variações, outros cistos odontogênicos ou de desenvolvimento de neoplasias e diferentes categorias de lesões periodontais endodônticas combinadas. Cada um precisa de um plano de tratamento diferente e tem prognóstico diferente (PONTES, 2014).

As lesões endo-periodontais são manifestações entre o periodonto e a polpa. A explicação mais relevante cientificamente indica uma possível comunicação entre as estruturas anatômicas da polpa com as do periodonto (Young-Dan et al., 2017). Em complemento, Goyal (2014) discorre que esse tipo de lesão é de difícil constatação, porém sejam diariamente encontradas nos consultórios odontológicos. Os trabalhos citam diversos relatos de caso, ressaltando a dificuldade na obtenção de um diagnóstico preciso e um tratamento ideal para cada caso. Sabendo que o diagnóstico ditará qual melhor caminho a ser seguido quanto ao tratamento é a condição periodontal, alguns autores deram prioridade ao início do tratamento endodôntico e posteriormente o tratamento periodontal.

Na prática clínica, somente exames mais aprofundados poderão ajudar a determinar se a lesão é uma condição endodôntica, periodontal ou uma combinação de ambos. Então, a classificação dessas lesões é feita em relação à fonte primária de origem, que pode ser pulpar ou periodontal (GARIBALDI et al., 2015). No caso relatado, após a conclusão do tratamento endodôntico e terapia periodontal, radiograficamente foi possível observar a regressão da lesão periapical e formação óssea na região apical.

Ademais, conforme exposto, a partir do momento em que o cirurgião-dentista consegue compreender a patogênese, pode então sugerir um tratamento adequado e avaliar o possível prognóstico uma vez que as lesões progridem para o seu envolvimento final apresentam uma imagem radiográfica e o diagnóstico diferencial se torna mais desafiante (Lim, 2014). Em complemento, Sultan et al. (2013), discorre que os principais fatores a serem considerados para tratamento adequado das lesões endo-periodontais, são a vitalidade pulpar e o tipo e a extensão do defeito periodontal.

Enfim, devemos levar em consideração o envolvimento periodontal da lesão, pois dependendo de sua extensão se fazem necessários procedimentos periodontais mais complexos. Geralmente o tratamento periodontal é cirúrgico, viabilizando o acesso para realização de correção do periodonto de proteção.

Portanto, é sempre importante o cirurgião dentista estar atendo as novas técnicas e artigos recentes na tentativa de dar ao paciente um tratamento com melhor prognóstico possível.

## **6. CONCLUSÃO**

Neste caso clínico, por se tratar de uma lesão endodôntica-periodontal primária, se fez necessário o tratamento pulpar e periodontal em conjunto do elemento, demonstrando mais uma vez, que a terapia multidisciplinar se faz necessária nos casos diagnosticados como lesões endo-periodontais, juntamente com a reabilitação e o controle em longo prazo.

## REFERÊNCIAS

ABBOTT, P.V.; SALGADO, J.C. **Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal diseases.** Aust Dent J. 2009; 54(1):70-85.

ANDRADE, M.M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: Elaboração de trabalhos na graduação.** – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2001.

CARVALHO, M.G.P.; FIGUEIREDO, J.A.P.; PAGLIARIN, C.M.L.; GARDIN, R.; MORGENTAL, R.; KAIZER, M. **Lesões endodôntico-periodontais: diagnóstico diferencial.** Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line-2005 julho-dezembro; 2 (1)

COHEN, S.; HARGREAVES, K.M.; BERMAN, L. **Cohen's pathways of the pulp.** Mosby Elsevier. 2013:602-54.

FAHMY, M. D.; LUEPKE, P. G.; IBRAHIM, M. S.; GUENTSCH, A. **Treatment of a periodontic-endodontic lesion in a patient with aggressive periodontitis.** Hindawi Publishing Corporation. v. 2016, n. 2016, 1-9, 2016.

FREITAS SILVA, B.S.; YAMAMOTO-SILVA, F.P.; SENA-FILHO, M.; SANT'ANA, S.S.S.; MARIANO-JÚNIOR, W.J.; DE ALMEIDA, O.P.; et al. **20-year Follow-up of Recurrent Glandular Odontogenic Cyst Mimicking a Periapical Lesion.** J Endod. 2017;43(11):1915-20.

FUJII, R.; MURAMATSU, T.; YAMAGUCHI, Y.; ASAI, T.; AINDA, N.; SUEHARA M.; et al. **An endodontic-periodontal lesion with primary periodontal disease: a case report on its bacterial profile.** Bull Tokyo Dent Coll. 2014; 55(1):33-37.

GANDHI, A.; KATHURIA, A.; GANDHI, T. **Endodontic-periodontal management of two rooted maxillary lateral incisor associated with complex radicular lingual groove by using spiral computed tomography as a diagnostic: a case report.** Int Endod J. 2011; 44:574-582.

GARIBALDI, N. A.; TOLEDANO, M. R.; BERMÚDEZ, L. S. **Lesión endoperiodontal combinada secundaria a um traumatismo incisal.** Revista Cubana de Estomatología. v. 52, n. 1,p. 87-95, 2015

GOYAL L. **Clinical effectiveness of combining platelet rich fibrin with alloplastic bone substitute for the management of combined endodontic periodontal lesion.** Restor Dent Endod. 2014; 39(1):51-55

GONÇALVES, M.C.; MALIZIA, C.; ROCHA, L.M.M.D. **Lesões endodôntico-periodontais: Do diagnóstico ao tratamento.** Braz J Periodontol. 2017; 27(1):40-45.

GRUDIANOV, A.I.; MAKEEVA, M.K.; PIATGORSKAIA, N.V. **Modern concepts of etiology, pathogenesis and treatment approaches to endo-perio lesions.** Vestn Ross Akad Med Nauk. 2013; (8):34-36

HARGREAVES KM, COHEN S. **Caminhos da Polpa- Endodontia.** 10<sup>a</sup> ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2010. p. 598-605.

JIVOINOVICI, R.; SUCIU, I.; DIMITRIU, B.; PERLEA, P.; BARTTOK, R.; MALITA, M.; IONESCU, C. **Endoperiodontal lesion - endodontic approach.** Journal of Medicine and Life. Bucharest, v. 7, n. 8, p. 542-544, out. 2014.

JIVOINOVICI, R.; SUCIU, I.; GHEORGHIU, I.; SUCIU, I. **Clinical radiological aspects of primary endodontic lesions with secondary periodontal involvement.** Journal of Medicine and Life. Bucharest, v. 10, n. 1, p. 70-75, Jan-Mar. 2017.

KAMBALE, S.; ASPALLI, N.; MUNAVALLI, A.; AJGAONKAR, N.; BABANNAVAR, R. **A sequential approach in treatment of endo-perio lesion. A case report.** Journal of Clinical and Diagnostic Research. v.8, n.8, p. 22-24, agosto 2014.

K. S. AL-FOUZAN. **A new classification of endodonticperiodontal lesions.** International Journal of Dentistry, vol. 2014, Article ID 919173, 5 pages, 2014.

LAKATOS, E., M. MARCONI, M., A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5.ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

LACEVIĆ, A.; FOSCHI, F.; POJSKIĆ, L.; POJSKIĆ N.; BAJROVIĆ K.; IZARD, J. **Correlation of periodontal pathogens in concurrent endodontic-periodontal diseases.** Archives of Oral and Dental Research. v. 2, n.4, p. 01-05, sept. 2015.

LIM, J.H; LEE, J.H; SHIN, S.J. **Diagnosis and treatment of teeth with primary endodontic lesions mimicking periodontal disease: three cases with long-term followups.** Restor Dent Endod. Korea, v. 39, n. 1, p. 56-62. 2014.

JIVOINOVICI, R.; SUCIU, I.; DIMITRIU, B.; et al. **Endo-periodontal lesion – endodontic approach.** J Med Life. 2014;7(4):542–544.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA, J.F. **Endodontia biologia e técnica.** 4° Ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2015.795-802

NARANG, S.; NARANG, A.; GUPTA, R. **A sequential approach in treatment of perio-endo lesion.** J Indian Soc Periodontol. 2011; 15 (2):177-180.

PARÓLIA, A.; GAIT, T.C.; PORTO, I.C.; MALA, K. **Endo-perioLesion: A dilemma from 19th until 21st century.** Journal of Interdisciplinary Dentistry. v.3, n.1, p. 02-11, janapr. 2013

PONTES, F.S.C.; FONSECA, F.P.; DE JESUS, A.S.; ALVES, A.C.G.; ARAÚJO, L.M.; DO NASCIMENTO, L.S.; et al. **Nonendodontic lesions misdiagnosed as apical periodontitis lesions: series of case reports and review of literature.** J Endod. 2014;40(1):16-27

ROTSTEIN, I.; SIMON, J.H. **Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions.** Periodontol 2000, 2014; 34:165-203.

SANTOS, E.L.; GAZZONI, A.F.; WAGNER, C. **Análise da microbiota aeróbica endodôntica de dentes com e sem lesão periapical.** Rev. Ciênc. Saúde 2015 jan-jun; 17(1): 33-39.

SE-LIM, O.; ASHRAF, F.F.; SANG-HOON, P. **Treatment Strategy for Guided Tissue Regeneration in Combined Endodontic-Periodontal Lesions: Case Report and Review.** J Endod. 2009; 35(10):1331–1336.

SINGH, P. **Endo-perio dilemma: a brief review.** Dent Res J, v.8, n.1, p.39-47, 2011.

SHENOY, N.; SHENOY, A. **Endo-perio lesions: diagnosis and clinical considerations.** Indians J Dent Res. 2010; 21: 579-585.

SONG, M.; KANG, M.; KANG, D.R.; JUNG, H.I.; KIM, E. **Comparison of the effect of endodontic-periodontal combined lesion on the outcome of endodontic microsurgery with that of isolated endodontic lesion: survival analysis using propensity score analysis.** Clin Oral Investig. Nov 2017.

SULTAN, N.; KOUL, M.; KHAN, S. **Endo-periodontal lesion presenting a diagnostic dilemma: a case report.** IJRID 2013; 3: 24-31.

SUNITHA, R.; EMMADI, P.; NAMASIVAYAM, A.; THYEGARAJAN, R.; RAJARAMAN, V. **The periodontal-endodontic continuum: a review.** J Conserv Dent. 2008; 11(2):54-62.

ZEHNDER, M.; GOLD, S.I.; HASSELGREN, G. **Pathologic interaction in pulpal and periodontal tissues.** J Clin Periodontol. 2002;29(8):663–671. doi:10.1034/j.1600-051X.2002.290801.x