

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Ruan Phablo Oliveira Souza

TRATAMENTO DE LESÕES ENDOPERIODONTAIS

RECIFE

2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Ruan Phablo Oliveira Souza

TRATAMENTO DE LESÕES ENDOPERIODONTAIS

Artigo científico apresentado ao curso de especialização *Lato Sensu* do Centro de Pós-Graduação em Odontologia - CPGO, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Endodontia.

Área de concentração: Endodontia

Orientador: Prof. Dr. Adelmo Aragão.

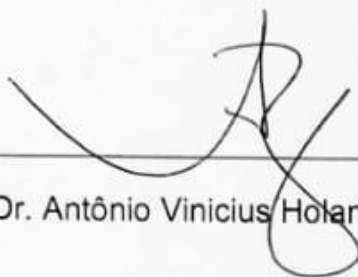
RECIFE

2019

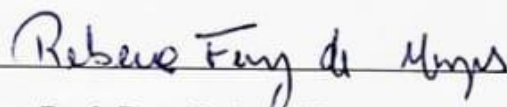
FICHA CATALOGRÁFICA

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

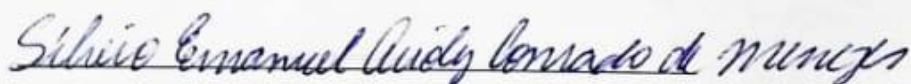
Artigo intitulado "**Tratamento de lesões endoperiodontais**" de autoria do aluno Ruan Phablo Oliveira Souza, foi aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Antônio Vinicius Holanda Barbosa



Prof. Dra. Rebeca Ferraz de Menezes



Prof. Dr. Silvio Emanuel Acioly Conrado de Menezes

Recife, 02 de Fevereiro de 2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “**Tratamento de lesões endoperiodontais**” de autoria do aluno Ruan Phablo Oliveira Souza, foi aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Antônio Vinicius Holanda Barbosa

Prof. Dra. Rebeca Ferraz de Menezes

Prof. Dr. Silvio Emanuel Acioly Conrado de Menezes

Recife, 02 de Fevereiro de 2019

RESUMO

O cirurgião-dentista muitas vezes depara-se com lesões cuja causa pode ser periodontal ou endodôntica, o correto diagnóstico representa a fase mais complexa e mais sensível na maioria das situações clínicas, e é fundamental para garantir um prognóstico favorável com um tratamento adequado, a fim de promover a manutenção do dente e dos tecidos adjacentes. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre as lesões endo-perio, com relação a sua classificação, etiologia, método de diagnóstico e plano de tratamento. A pesquisa foi realizada, através de combinações das palavras-chave, considerando apenas os artigos, dissertações e teses mais relevantes. Os tecidos endodônticos e os tecidos periodontais têm uma relação próxima, porque os tecidos dos quais se originam têm íntima relação. Uma vez que a sua constituição é semelhante e com várias vias de comunicação, podem surgir lesões de caráter único, endodôntica ou periodontal ou ainda a combinação das duas. Se o clínico conhecer a classificação a aplicar, torna-se mais simples avaliar o caso e diagnosticar com mais facilidade o tipo de lesão, e selecionar o tratamento com prognóstico mais favorável, seja um tratamento endodôntico, periodontal ou combinado.

Palavras-chave: Lesão Endoperiodontal. Lesão Endopério. Tratamento endoperiodontal. Polpa. Periodonto.

ABSTRACT

The dentist often encounters lesions whose cause may be periodontal or endodontic, and the correct diagnosis represents the most complex and most sensitive phase in most clinical situations and is fundamental to ensure a favorable prognosis with appropriate treatment, in order to promote the maintenance of the tooth and the of adjacent tissues. The aim of this study was to carry out a literature review on endo-perioperative lesions, regarding its classification, etiology, diagnostic method and treatment plan. The research was carried, through combinations of keywords, considering only the most relevant articles, dissertations and theses. Endodontic tissues and periodontal tissues have a close relationship because the tissues from which they originate are intimately related. Since its constitution is similar and with several avenues of communication, lesions of single character, endodontic or periodontal, or a combination of the two may occur. If the clinician knows the classification to apply, it is easier to evaluate the case and to diagnose the type of lesion more easily, and to select the treatment with a more favorable prognosis, be it an endodontic, periodontal or combined treatment.

Key words: Endoperiodontal injury. Endeavor Injury. Endodontic treatment. Pulp. Periodontium.

1 INTRODUÇÃO

A inter-relação embrionária, anatômica e funcional entre polpa e periodonto foi estudada pela primeira vez em 1964 por Simring e Goldberg (NIMESH et al., 2015). Foi descrito que as conexões anatômicas existentes no dente, como por exemplo o forame apical, os túbulos dentinários e os canais acessórios e laterais podem servir de caminho para a disseminação de microrganismos entre a polpa e o periodonto, ou vice-versa (SWAMINATHAN et al., 2014).

As patologias endoperiodontais geralmente são bastante desafiadoras para o cirurgião-dentista em relação ao seu diagnóstico, tratamento e avaliação prognóstica. Para o diagnóstico diferencial e para fins de tratamento, as lesões endo-perio podem ser classificadas como doenças endodônticas primárias, doenças periodontais primárias ou a combinação das duas. As doenças combinadas incluem: doença endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e doenças verdadeiras combinadas (LOPES & SIQUEIRA, 2015).

A existência simultânea de problemas pulpares e periodontais pode complicar o diagnóstico e o plano de tratamento, além de afetar a sequência do atendimento a ser realizado (TRABERT & KANG, 2012). O diagnóstico é freqüentemente desafiador, uma vez que as características clínicas de ambas as doenças primárias podem ser semelhantes (KERNS & GLICKMAN, 2011). O tratamento de lesões endo-perio representa um desafio para a prática clínica, exigindo terapias endodôntica e periodontal efetivas (FACHIM et al., 2001). A vitalidade pulpar e o tipo e extensão do defeito periodontal são os pontos essenciais no tratamento destes tipos de patologias, representando a chave no sucesso e prognóstico da lesão (AKSEL & SERPER, 2014).

O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre lesões endoperiodontais, no que tange sua classificação, etiologia, método de diagnóstico e plano de tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As lesões endo-perio se caracterizam pelo envolvimento de doença pulpar e periodontal concomitantemente no mesmo dente, sendo causa da proliferação de microrganismos anaeróbios, o que sugere que uma doença pode ser o resultado ou a causa da outra (AKSEL, 2014).

A relação entre as patologias periodontal e pulpar foi descrita pela primeira vez em 1964 pelos pesquisadores Simring e Goldberg. A comunicação destas duas estruturas inicia durante a odontogênese, pois apresentam a mesma origem: o mesênquima, onde há uma proliferação de células ectomesenquimais para formar a papila e o folículo/saco dentário, que são os precursores da polpa e do periodonto, respectivamente (SUNITHA et al., 2008; SINGH, 2011).

O desenvolvimento embrionário destas estruturas origina os canais anatômicos de comunicação que servem como caminho para entrada ou saída dos subprodutos tóxicos da polpa para o periodonto e vice-versa (ROTSTEIN; SIMON, 2006; NARANG et al., 2011). Na medida em que o dente se desenvolve e há maturação radicular, a conexão entre o tecido pulpar e o tecido periodontal se restringe ao forame apical, canais laterais/acessórios e túbulos dentinários (SUNITHA et al., 2008).

O forame apical é o principal canal de comunicação entre a polpa e o periodonto, servindo de entrada e saída de vasos sanguíneos e nervos que nutrem o tecido pulpar. Portanto, as toxinas bacterianas do tecido necrótico da polpa podem atingir o tecido perirradicular através do forame apical dando início a uma resposta inflamatória e causando danos ao ligamento, cimento, dentina e ao tecido ósseo adjacente (SINGH, 2011).

O ápice é considerado também uma via para a entrada dos subprodutos inflamatórios oriundos de bolsas periodontais para a polpa. Os canais laterais e acessórios podem ser encontrados em qualquer extensão da raiz. Estes canais são caracterizados por conter tecido conjuntivo e vasos que permitem a conexão do sistema circulatório da polpa com o do periodonto (ABBOTT & SALGADO, 2009).

Em torno de 30 a 40% dos dentes irão apresentar canais laterais ou acessórios, sendo a maioria localizados no terço apical da raiz. SUNITHA et al., 2008. Um estudo com 1140 dentes humanos adultos extraídos mostrou que cerca de 17% dos canais laterais encontram-se no terço apical da raiz, 9% no terço médio e 2% estão no terço coronário (DE DEUS, 1992). No entanto, a possibilidade de ocorrer doença periodontal, devido a canais laterais em uma polpa contaminada, é relativamente baixa. Raramente é possível identificar canais laterais na radiografia, a menos que tenha sido identificado após o tratamento endodôntico (ROTSTEIN& SIMON, 2006).

Outro possível meio de comunicação entre os tecidos pulpare e periodontais são os túbulos dentinários expostos em locais com perda de cimento. Essa ausência do cimento radicular pode ocorrer devido à necrose ou reabsorção destes tecidos, má-formação durante o desenvolvimento embrionário, remoção durante raspagem e alisamento radicular ou cirúrgica (ROTSTEIN& SIMON, 2006).

2.1 ETIOPATOGENIA

Com relação à etiologia das lesões endo-perio, o agente etiológico primário da doença periodontal é a placa bacteriana. Contudo, existem outros fatores como a presença de cálculos e anomalias como pérolas de esmalte. A resposta por parte do hospedeiro a estes estímulos determina a progressão da lesão (GHEZZI et al., 2012).

De outro modo, a patologia pulpar resulta de uma agressão aos tecidos devido à invasão das bactérias através das vias de comunicação ou das suas toxinas por intermédio de lesões cariosas. Outros agentes etiológicos desta patologia podem ser, o trauma dentário, terapia restauradora insatisfatória e fraturas ou trincas (KAKEHASHI et al., 1965).

Diversas bactérias foram encontradas simultaneamente na patologia pulpare e periodontais. São elas: *Actinobacillusactinomycetemcomitans*, *bacteroides frosythus*, *Eikinellacorrodens*, *Fusobacteriumnucleatum*, *Porphyromonasgingivalis*, *Prevotella intermedia* e *Treponema dentícola* (OH et al., 2009).

Dentro as espécies de fungos, a *Candida albicans*, é prevalente tanto em infecções endodônticas, como na área subgengival em muitos casos de periodontite (BAUMGARTNER et al., 2000).

Dados recentes sugerem que alguns tipos de vírus, tais como o Citomegalovírus (CMV), o vírus Epstein-Barr e o vírus do Herpes (HSV) podem estar associados na patogênese da doença periodontal e endodôntica (CONTRERAS et al., 2000).

2.2 MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

O fator de maior importância no tratamento das lesões endoperiodontais é o correto diagnóstico, o que é obtido através da anamnese e de exames complementares e físicos, que incluem o exame radiográfico, a sondagem diagnóstica, o teste de sensibilidade e a exposição cirúrgica. Além da palpação, percussão, exame visual, mobilidade e transiluminação óptica (GHEZZI et al., 2012).

A radiografia possibilita verificar a integridade ou não dos tecidos adjacentes, além de ser usada na preservação e análise da eficácia a longo prazo do tratamento empregado (ABBOTT & SALGADO, 2009).

A sondagem pode ser utilizada tanto para diagnóstico quanto para prognóstico. A presença de uma única bolsa periodontal profunda na ausência de doença periodontal pode indicar lesão de origem endodôntica ou fratura vertical (SINGH, 2011).

O teste de vitalidade pulpar é o mais utilizado quando se há dúvidas se um dente possui lesão endoperiodontal. Este se faz através da estimulação térmica (cloreto de etila, neve carbônica, gelo e guta-percha quente), elétrica (vitalômetro) e mecânica (teste de cavidade). Deve-se levar em consideração a presença de resultados falsos-positivos e falsos-negativos, pois em um dente multirradicular pode obter-se uma resposta vital pelo fato dos diferentes estágios de degeneração da polpa radicular em suas raízes (SHENOY & SHENOY, 2010).

A decisão de tratamento e o prognóstico dependem primariamente do diagnóstico. Os principais fatores a serem considerados são vitalidade pulpar e o tipo e extensão do defeito periodontal (AKSEL & SERPER, 2014). Diagnóstico de lesão endodôntica primária e lesão periodontal primária geralmente não apresentam dificuldades clínicas. Na primeira a polpa é não vital e na segunda é vital e responsiva a testes. Entretanto, a lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário ou lesões combinadas verdadeiras são radiograficamente similares (AKSEL & SERPER, 2014).

2.3 CLASSIFICAÇÃO

Lesões endoperiodontais podem ocorrer em dentes afetados por doenças periodontais e endodônticas, e podem resultar na perda de inserção e na necrose pulpar. A maioria das classificações e das estratégias de tratamento está baseada em comunicações anatômicas entre o tecido pulpar e o periodonto (LEON & GUTIERRÉZ, 2008).

As lesões endo-perio são classificadas de acordo com a sua patogênese. São elas: lesão endodôntica primária; lesão periodontal primária; lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário; lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário; lesão verdadeira combinada (LIN et al., 2008).

A lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário é originária pelos agentes nocivos no sistema de canais radiculares que resultam em inflamação nos tecidos periodontais. Quando uma lesão de origem endodôntica não é tratada, a doença poderá progredir, levando à destruição do osso alveolar periapical e à progressão para dentro da área interradicular, causando destruição dos tecidos moles e duros adjacentes (PAROLIA et al., 2013).

Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário é resultante do acúmulo de placa na superfície externa da raiz leva à inflamação dos tecidos pulpares. A doença periodontal pode ter um efeito sobre a polpa através dos túbulos dentinários e/ou dos canais laterais (PAROLIA et al., 2013).

A lesão verdadeira combinada caracteriza-se pela presença de lesão periodontal e endodôntica que se desenvolve de forma independente e se encontram em algum ponto da superfície radicular (PAROLIA et al., 2013).

Radiograficamente, cistos periodontais laterais podem se assemelhar à lesão endo-perio. Sua apresentação clínica é frequentemente desprovida de sintomas, podendo estar presente como um edema gengival na região vestibular, com possibilidade de ser doloroso e sensível à palpação. O cirurgião-dentista deve estar alerta para lesões que não possuem origem endodôntica nem periodontal e atentar para outras causas. A determinação de um correto diagnóstico é fundamental para a realização do plano de tratamento adequado (PAROLIA et al., 2013).

2.4 TRATAMENTO

O tratamento e o prognóstico de cada tipo de doença endoperiodontal variam. Na lesão endodôntica primária a resolução completa da doença geralmente se dá pela terapia endodôntica convencional. O prognóstico é favorável e depende da qualidade do tratamento endodôntico realizado. Caso não haja cura da lesão periapical e a drenagem persistir, mesmo com o tratamento endodôntico satisfatório a cirurgia para curetagem periapical pode ser indicado (SUNITHA et al., 2008).

Na doença periodontal primária é indicado o tratamento de raspagem e alisamento radicular, cirúrgico ou não. O tratamento depende da extensão da lesão periodontal, da cooperação do paciente em procedimento de higiene oral e da qualidade do tratamento realizado pelo profissional. O prognóstico desta doença é menos favorável do que as lesões de endodônticas primárias, e depende exclusivamente da evolução do tratamento periodontal (SINGH, 2011).

A doença endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário e a doença periodontal com envolvimento endodôntico secundário requerem tanto o tratamento endodôntico quanto o periodontal. O prognóstico para esses casos pode ser pouco favorável. A terapia endodôntica deve ser

realizada primeiramente, o sistema de canais radiculares deve ser instrumentado, irrigado e preenchido com pasta de hidróxido de cálcio, e os resultados do tratamento devem ser avaliados em 2 a 3 meses e só então deve-se iniciar o tratamento periodontal. E quando houver a cura periodontal realiza a obturação definitiva dos canais radiculares (SUNITHA et al., 2008).

Essa sequência de tratamento deve ser realizada pelo fato de que a infecção dos canais radiculares prejudica a cicatrização e a redução da bolsa periodontal. Se a terapia periodontal em bolsas profundas for feita primeiro que a terapia endodôntica, os canais laterais e os túbulos dentinários que podem ser expostos pela remoção do cimento servirão de caminho para circulação de bactérias e seus subprodutos da polpa para o periodonto, o que pode retardar a cura periodontal (ABBOTT&SALGADO, 2009).

Numa lesão de endo-perio verdadeira o tratamento é o mesmo das lesões com envolvimento endodôntico e periodontal secundário. O prognóstico dessa doença geralmente é mais reservado do que as outras doenças endodônticas e periodontais. Com o tratamento endodôntico satisfatório, o que for de origem endodôntica irá se curar. Com isso, o prognóstico depende da terapia periodontal realizada e da resposta do paciente ao tratamento (SHENOY& SHENOY, 2010).

Quando o tratamento, endodôntico e periodontal convencionais, não são suficientes para o reparo do dente afetado, o profissional pode utilizar tratamentos alternativos tais como ressecção radicular ou extração dentária e as técnicas regenerativas. Na técnica ressecção radicular realiza a remoção das raízes seguida de odontoplastia ou a extração dos dentes afetados. Antes de realizar a cirurgia é importante realizar o tratamento endodôntico das raízes que serão mantidas. Avaliar fatores como forças oclusais, viabilidade protética do dente e o valor das raízes remanescente são fundamentais para o planejamento do tratamento (KERNS; GLICKMAN, 2011).

Os enxertos ósseos usando as técnicas de regeneração óssea tecidual guiada tem como objetivo restaurar as estruturas biológicas que foram perdidas durante o desenvolvimento da lesão. A terapia com membranas de regeneração tecidual guiada tem sido muito usada após o tratamento endodôntico em lesões de endo-perio para promover a cicatrização óssea.

Com a utilização das membranas a qualidade e a quantidade do osso regenerado tem se mostrado superior (GHEZZI et al., 2012).

3 DISCUSSÃO

Inúmeros estudos evidenciam a íntima relação das lesões pulpares e periodontais, visto a semelhança biológica entre os tecidos envolvidos, sendo estes formados por tecido conjuntivo frouxo, células mesenquimais diferenciadas, fibroblastos, histiócitos, fibras colágenas e reticulares, vasos sanguíneos e nervos (ROTSTEIN & SIMON, 2004).

Segundo De Deus, 1975 são várias as vias de comunicação entre a polpa dentária e o periodonto. As principais são as ramificações dos canais principais, deltas e forames apicais, túbulos dentinários, reabsorções de origem endodôntica, perfuração dos canais radiculares, fraturas radiculares parciais ou totais, defeitos anatômicos (fissuras) das coroas de alguns dentes.

O forame apical, os canais acessórios (incluindo laterais e da região da furca) e os túbulos dentinários são os principais meios de comunicação vascular, neural e linfática entre a polpa e o periodonto (AHMED, 2012).

Diante da presença de doença periodontal, procedimentos cirúrgicos ou lesões cariosas pode ocasionar a exposição destes túbulos dentinários, levando assim, a uma comunicação entre a polpa e o cimento, especialmente na zona da junção amelo-cementária, podendo originar o fenômeno de hipersensibilidade dentinária cervical (SUNITHA et al., 2008).

As lesões endoperiodontais podem evoluir de uma microbiota simples composta essencialmente por microrganismos anaeróbios mistos para uma relativamente complexas, podendo estar associadas bactérias, fungos e vírus(SINGH, 2011).

As bactérias desempenham um papel crucial nas infecções endodônticas e periodontais. Quando a doença pulpar progride, subprodutos bacterianos podem se mover em direção ao forame apical causando destruição periodontal (TRABERT & KANG, 2012).

Rupf et al. (2000) analisaram o perfil de microrganismos periodontais em doenças pulpares e periodontais presentes no mesmo dente, para tal utilizaram o método específico de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para identificar os patógenos presentes, sendo eles: *Actinobacillusactinomycetemcomitans*, *Eikenellacorrodens*, *Fusobacteriumnucleatum*, *Prevotella intermédia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Porphyromonasgingivalis*. Diante disso, os autores puderam concluir que os microrganismos patógenos periodontais acompanham as infecções endodônticas.

Alguns estudos revelaram também a presença de fungos associados infecções endodônticas e periodontais. Os fungos são patógenos oportunistas que colonizam as paredes dos canais radiculares e túbulos dentinários. Estes estudos demonstram que os fungos muitas vezes são provenientes da saliva e estão associados à terapia endodôntica insatisfatória. Além disso, doenças imunossupressoras, presença de certos medicamentos intracanaís, antibióticos locais e sistêmicos também contribuem para a colonização de fungos nos Sistema de Canais Radiculares (SCR). A espécie mais comumente encontrada é a *CandidaAlbicans*. Outras espécies, tais como *Candidaglabrata*, *Candidaguillermondii* e *Candida incospicia* e *Rodotorula mucilaginoso* foram também detectadas nas paredes dos canais e túbulos dentinários (ROTSTEIN& SIMON, 2006).

Contreras, Nowzari e Slots (2000) investigaram a presença do vírus herpes simples em amostras de bolsas periodontais e tecidos gengivais em 25 pacientes submetidos a cirurgia periodontal. Métodos específicos de PCR foram utilizados para identificar Citomegalovírus (CMV), Epstein-Barr tipo I (EBV-1), Epstein-Barr tipo II (EBV-2), Vírus do Herpes Simplex (HSV), Herpesvírus Humano-6 (HHV-6), Herpesvírus Humano-7 (HHV-7) e Herpesvírus Humano-8 (HHV-8). O HCMV foi observado em 64% de amostra de bolsa periodontal e 86% de amostra de tecido gengival; o EBV-1 observado em 43% de amostra de bolsa e 79% amostra de tecido gengival; o HSV e EBV-2 em 21% em bolsa periodontal e cerca de 50% em tecido gengival; já os HHV-6 e HHV-8 não foram observados em bolsa periodontal só cerca de 21% em tecido gengival; o HHV-7 foi observado em 7% em bolsa periodontal e 43% em tecido gengival. O estudo confirmou a forte associação entre o HCMV e EBV-1

à periodontite, e que as outras espécies de herpesvírus também podem ocorrer no fluido crevicular gengival e em biopsias gengivais de doenças periodontais.

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). Todo o processo de tratamento deve iniciar com a determinação do diagnóstico mais provável, levando em consideração a classificação de SIMON, GLICK & FRANK, de 1972.

Quando em frente a uma lesão endodôntica primária, apenas o tratamento endodôntico deve ser instituído. Esses casos são identificados por bolsas bem localizadas. Normalmente em dentes com ausência de resposta aos testes de vitalidade pulpar. Uma vez que não houve contaminação do cemento radicular, o controle da infecção do canal leva ao fechamento da bolsa e ao reparo completo do defeito ósseo (SIDDIQUI et al., 2013).

Quando a lesão endodôntica primária permanece por muito tempo sem ser identificada e tratada, essa comunicação entre o tecido pulpar e o periodonto pode ser colonizada por placa bacteriana. Neste caso, estamos frente a uma lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. O tratamento a ser instituído deve ser o endodôntico, associado à raspagem e alisamento da área da raiz afetada. Entretanto, o tratamento periodontal agressivo deve ser evitado, procurando remover cálculo e placa sem invadir áreas mais profundas que ainda possuam capacidade regenerativa (BERGENHOLTZ & HASSELGREN, 2010).

A persistência da lesão periodontal pode levar, através das vias de comunicação, à necrose pulpar do elemento dentário. Temos, então, uma lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico primário. O tratamento endodôntico deve ser realizado, mas o quadro não vai ser resolvido enquanto medidas terapêuticas periodontais forem instituídas. Esses casos são identificados pela presença de cálculo e placa bacteriana profundamente na bolsa (CHEUNG et al., 2013).

Os casos de envolvimento periodontal primário acabam sempre necessitando de intervenções cirúrgicas, devido à dificuldade de desinfecção radicular apenas por raspagem sem acesso. Entretanto, deve-se tomar cuidado, pois a falta de tecidos de sustentação pode levar à piora do quadro,

havendo necessidade de estabilização do dente através de esplintagem (HARRINGTON et al., 2002).

Nos casos onde as lesões endodôntica e periodontal desenvolveram-se individualmente e, em algum momento confluíram-se, criando defeito único, deve-se instituir o tratamento endodôntico e uma leve desinfecção radicular. Após a preservação do reparo possível com o tratamento endodôntico, passa-se aos outros passos do tratamento periodontal (HARRINGTON et al., 2002).

A proposta de tratamento dos dentes com essas infecções complexas deve considerar o valor estratégico do dente dentro do plano de tratamento global. Em alguns casos, dentro de uma reabilitação oral complexa e considerando um prognóstico duvidoso, deve-se optar pela extração do elemento e substituição ou não por implante ósseo integrados (HARRINGTON et al., 2002).

A compreensão de todos os aspectos que podem estar presentes no desenvolvimento de uma lesão endo-periodontal é pré-requisito básico para o bom prognóstico do caso. O desconhecimento de aspectos fundamentais pode levar ao diagnóstico equivocado e tratamento mal planejado, condenando o elemento dentário (TORABINEJAD & TROPE, 1997).

Ainda existe muito a se descobrir sobre o mistério que envolve relação endo-perio e talvez isso nunca seja completamente elucidado. Cabe ao cirurgião dentista aplicar da melhor maneira os conhecimentos existentes, buscando sempre aquilo a que foi destinado: manter a saúde bucal.

4 CONCLUSÕES

A compreensão da inter-relação do tecido pulpar com o periodonto aumenta a capacidade de o cirurgião dentista ter sucesso na conduta terapêutica.

Os fatores etiológicos para a formação da lesão de endo-perio compreendem os microrganismos e/ou seus subprodutos tóxicos e são de origem polimicrobiana com características anaeróbias.

O diagnóstico das lesões endoperiodontais é uma etapa de suma importância para estabelecer o tipo de tratamento necessário, pois o

diagnóstico correto, associado à terapêutica adequada são os fatores responsáveis pelo bom prognóstico.

Os tratamentos dados às lesões endodônticas e periodontais combinados não se diferem dos tratamentos realizados se as alterações ocorrerem separadamente.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, P.; SALGADO, J. C. Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal disease. **AustDent J**, v.54, n.1, p.70-85, 2009.

AKSEL, H; SERPER, A. A case series associated with different kinds of endo-periodontal lesions. **J ClinExpDent**. v.6, n.1, p.91-95, 2014.

BAUMGARTNER, J. C.; WATTS, C. M.; XIA, T. Occurrence of *Candida albicans* in infections of endodontic origin. **J Endod**, v.26, p.695-8, 2000.

BERGENHOLTZ, G.; HASSELGREN, G. Endodontia e Periodontia. In: Jan Lindhe, Thorkild Karring, Niklaus P. Lang. eds. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral- 5ª ed., Guanabara Koogan, cap. 40, p.814-840, 2010.

CHEUNG, G. S., LAI, S. C., NG, R. P. Fate of vital pulps beneath a metal-ceramic crown or a bridge retainer. **International Endodontic Journal** **38**, p.521-530, 2005. **InterdiscipDentistry**, v.3, n.2, p. 120-5, 2013.

CONTRERAS, A.; NOWZARI, H.; SLOTS, J. Herpesviruses in periodontal pocket and gingival tissue specimens. **Oral Microbiol Immunol**, v.15, p.15-8, 2000.

DE DEUS Q. D. Problemas endodônticos e periodônticos de interesse comum. In: DE DEUS QD. **Endodontia**, 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. cap. 18, p.616-26.

FACHIN EF, LUISI SB, BORBA M. Relação Pulpo-Periodontal: considerações histológicas e clínicas. **R FacOdontol** v.42, p.9-15, 2001.

GHEZZI, C.; VIRZÌ, M.; SCHUPBACH, P.; BROCCAIOLI, A.; SIMION, M. Treatmentofcombinedendodontic-periodonticlesionsusingguidedtissueregeneration: clinical case andhistology. **Int J PeriodonticsRestorativeDent**, v.32, n.4, p.433-9, 2012.

HARRINGTON, G. W., STEINER, D. R., AMMONS JR., W. F. The periodontal-endodonticcontroversy. **Periodontology**, 30, p.123-130, 2002.

KAKEHASHI, S.; STANLEY, H. R.; FITZGERALD, R. J. The effectsofsurgicalvexposuresof dental pulps in germ-freeandconventionallaboratoryrats. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.20, n.3, p.340-49, 1965.

KERNS, D.G.; GLICKMAN, G.D. Inter-relações Endodônticas e Periodontais. In Hargreaves M. K e Cohen, S. Caminhos da Polpa. Rio de Janeiro: Elsevier p.598-612, 2011.

LEON, O. T. D.; GUTIERRÉZ, I. Y. Relación endoperiodontal: diagnóstico, tratamiento y pronóstico. **Revista Mexicana de Odontologia Clínica**. v.2, n.2, p.22-24, 2008.

LIN, S.; TILLINGER, G.; ZUCKERMAN, O. Endodonticperiodonticbifurcationslesions: a novel treatmentoption. **J ContempDentPract**, v.9, n.4, p.107-114, 2008.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA Jr., J.F. Endodontia – Biologia e Técnica. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NARANG, S.; NARANG, A.; GUPTA, R. A sequential approach in treatmentofperio-endolesion. **J IndianSocPeriodontol**, v.15, n.2, p.177-180, 2011.

NIMESH, K.B.; SANDEEP, G.; YOGESH, G.; NIMISHA, K.; AASHISH, C. Endo - PerioLesions A DiagnosticDilemma.

International Journal of Preventive & Clinical Dental Research. v.2, n.4, p.41-44, 2015.

OH, S. L.; FOUAD, A. F.; PARK, S. H. Treatment strategy for guided tissue regeneration in combined endodontic-periodontal lesions: case report and review. **J Endod**, v.35, n.10, p.1331-6, 2009.

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

ROTSTEIN, I.; SIMON, J. H. The endo-periolesion: a critical appraisal of the disease condition. **Endodontic Topics**, v.13, p.34-56, 2006.

RUPF, S.; KANNENGIESSER, S.; MERTE, K.; PFISTER, W.; SIGUSCH, B.; ESCHRICH, K. Comparison of profiles of key periodontal pathogens in the periodontium and endodontium. **Endod Dent Traumatol**. v.16, p.269-275, 2000.

SHENOY, N.; SHENOY, A. Endo-periolesions: diagnosis and clinical considerations. **Indians J Dent Res**, v.21, p.579-85, 2010.

SIDDIQUI, A.K.; RAGHU, R.; SHETTY, A.; SAMANTAROY, C. K. Management of an endo-periolesion due to invasive cervical resorption: Literature review and clinical report. **J of Interdiscip Dentistry**, v.3, n.2, p. 120-5, 2013.

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

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

SWAMINATHAN, R.; RAGHUNATHAN, J.; SUBBIAH, S. Multidisciplinary Approach to the Conservative and Regenerative Management of Endo-Perio Lesion. **International Journal of Dental Sciences and Research**. v.2, n.2, p.11-13, 2014.

TORABINEJAD, M., TROPE, M. Interrelações Endodônticas e Periodontais - Princípios e Prática em Endodontia - 2ª ed., p.442-456, 1997.

TRABERT KC, KANG MK. Diagnóstico e Manejo das Lesões Endodônticasperiodontais. In Carranza, F. A.; et al. Periodontia Clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 631-639, 2012.