

GEORGE REBELLO

**CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS
LESÕES ENDO-PÉRIO**

SANTOS

2018

GEORGE REBELLO

**CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS
LESÕES ENDO-PÉRIO**

Monografia apresentada a Associação Brasileira de Odontologia – Regional Baixada Santista como requisito para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof Ms. Luiz Antônio Bichels Sapia

SANTOS

2018

Apresentação da monografia em 28/02/2018 ao Curso de Especialização de Endodontia –
ABO/Baixada Santista.

Coordenador: Prof^a Ms. Luciana Magrin Blank Gonçalves

Orientador: Prof Ms. Luiz Antônio Bichels Sapia

Professor Dr. Guilherme Henrique Rosa Martins

Professor Ms. Luiz Antônio Bichels Sapia

DEDICATÓRIA

À Deus em primeiro lugar, meu pai que se encontra na presença de Deus, minha mãe, em especial ao meu irmão Dr Allisson Rebello pelo incentivo ao meu retorno à odontologia e minha namorada que me ajudou muito na realização e concretização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Ms. Luiz Antônio Bichels Sapia, por todo apoio, dedicação e ensinamentos durante a orientação deste trabalho. Aos professores, Dra. Luciana Magrin Blank Gonçalves, Dr. Guilherme Henrique Rosa, por todo embasamento teórico e clínico e todos os ensinamentos que muito contribuíram para o meu crescimento profissional. Aos meus amigos de Especialização e todos os funcionários da ABO, por toda ajuda e companheirismo nesses dois anos.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar, mediante revisão de literatura, as classificações, diagnóstico e tratamento das lesões endo-péριο. Foram selecionados trabalhos que lembraram a classificação de Simon et al. (2013) e outra mais atual proposta por Fouzan et al. (2014) a dificuldade no diagnóstico devido a complexidade anatômica; a importância dos testes de vitalidade, sondagens periodontais e imagens radiográficas ou tomografia computadorizada e relatos de casos clínicos desde o diagnóstico até o tratamento e sua preservação, dos vários tipos de lesões endo-péριο. Na análise dos resultados podemos afirmar que o percentual de cura é muito alto, após o diagnóstico e tratamentos corretos, desde que a doença periodontal não esteja num estágio muito avançado.

Palavras chave: Lesões, endodontia, periodontia

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze, through literature review, the classifications, diagnosis and treatment of endodontic-periodontic lesions. We selected papers that recalled the classification by Simon et al. (2013) and another more current one proposed by Fouzan et al. (2014) difficulty in diagnosis due to anatomical complexity; the importance of vitality tests, periodontal probing and radiographic images or computed tomography, and reports of clinical cases from diagnosis to treatment and its preservation of the various types of endodontic-periodontic lesions. In the analysis of the results we can affirm that the percentage of cure is very high, after the diagnosis and correct treatments, as long as the periodontal disease is not in a very advanced stage.

Key words: Lesions, endodontics, periodontics.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PROPOSIÇÃO	11
3. REVISÃO DE LITERATURA	12
4. DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

As lesões endo-péριο caracterizam-se pelo envolvimento da polpa dentária e da doença periodontal no mesmo dente, devido às íntimas conexões anatômicas e vasculares entre a polpa e o periodonto e são responsáveis por mais de 50% das perdas dentária, segundo Cohen et al (2000). A diferenciação entre as doenças gera confusão e controvérsia, tornando muitas vezes um difícil diagnóstico, uma vez que estas doenças têm sido estudadas separadamente e cada doença primária pode simular características clínicas de outra doença, assim sendo, a falta de preparo de alguns profissionais durante a anamnese e exame clínico, dificultam ainda mais o diagnóstico. A anamnese, avaliação clínica e radiográfica minuciosas, são muito importantes para esclarecer a natureza do problema. Testes de vitalidade térmica, sondagem periodontal, associados às imagens radiográficas ou de tomografia computadorizada auxiliam no correto diagnóstico para assim fornecer o tratamento apropriado.

Ambas as lesões são resultado de uma infecção bacteriana, sugerindo que uma doença pode causar a outra ou mesmo ter sua origem de processos independentes que estão associados com seu avanço. O forame apical é o caminho mais direto de comunicação entre a polpa e o periodonto, mas não é a única, os canais laterais e acessórios, principalmente na região apical e na furca dos molares, bem como os túbulos dentinários, também conectam a polpa dentária com o ligamento periodontal.

Mediante a complexidade para se obter o diagnóstico correto, surge a importância de estudos sobre as lesões endo-péριο e existem várias classificações didáticas, sendo a mais utilizada a de Simon et al. (2013).

PROPOSIÇÃO

A proposta do presente estudo foi avaliar, mediante revisão de literatura, a classificação, diagnóstico e tratamento das lesões endo-péριο.

REVISÃO DE LITERATURA

Kim et al. (2008), avaliaram pacientes da Faculdade de Odontologia de Seul, Coréia do Sul, entre março de 2001 e junho de 2005, número total de 263 dentes em 227 pacientes. Foram avaliados sinais clínicos e radiográficos de cura e obtiveram uma taxa de sucesso de 73% (192 de 263 dentes). Encontraram resultados bem sucedidos para endodontia isolada em 95,2% e em casos endodônticos- periodontais combinados apenas 77,5% foram bem sucedidos. Ambos os casos com controle a cada 6 meses por 2 anos, posteriormente controle anual.

Lim et al. (2009), relataram caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 50 anos, não fumante, saudável, dente 16, sondagem profunda de 9 mm, retração gengival de 5 mm. Diagnóstico de lesão endo-pério combinada, tratamento endodôntico realizado e após um mês realizaram a Regeneração Tecidual Guiada (GTR). Controle após 10 meses, onde foi realizado o segundo GTR, obtendo um prognóstico de redução da profundidade da bolsa periodontal para 3 mm. Dificuldade no diagnóstico das lesões combinadas.

Goyal et al. (2013), relataram caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 35 anos, dente 22, trataram com Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) e enxerto ósseo aloplástico (BETA- TCP), após terapia endodôntica convencional. Paciente se apresentou com queixa de dor e drenagem de pús, histórico de trauma há 7 anos, descoloração do dente com o tempo, mas não foi realizado nenhum tratamento pois o dente estava assintomático. Teste de vitalidade negativo (polpa morta) e bolsa de 8 mm no lado distal. Após 18 meses, controle clínico e radiográfico, apresentando regeneração total da lesão e profundidade de bolsa 2 mm na face distal do dente.

Simon et al. (2013), classificaram as lesões endo-pério, com base em suas possíveis etiologias, diagnóstico e prognóstico do tratamento:

Lesões endodônticas primárias

Lesões endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário

Lesões periodontais primárias

Lesões periodontais primárias com envolvimento endodôntico secundário

“Lesões combinadas “verdadeiras”

Cho et al. (2013), relataram três casos de sulco pálabo-gengival (anomalia de desenvolvimento), em incisivos laterais maxilares, com lesão endo-pério combinada.

CASO 1- Tratamento do canal radicular (RCT), levantamento de retalho, odontoplastia e regeneração tecidual guiada (GTR).

CASO 2- RCT, apicectomia, onde utilizaram agregado de trióxido mineral (MTA), levantamento de retalho e odontoplastia.

CASO 3- RCT, restauração coronária (coroa protética) e odontoplastia.

Após a avaliação clínica e radiológica, prognóstico favorável para remoção das lesões periapicais e diminuição da profundidade de bolsa periodontal, pela eliminação de fatores inflamatórios irritantes.

Aksel et al. (2014), estudaram o relacionamento entre as doenças, que foi descrito pela primeira vez por Simring e Goldberg em 1964, a partir de então o termo “lesão endo-pério”. A doença periodontal, causa destruição do osso em uma direção coronal-apical, enquanto a lesão endodôntica é do ápice para a coroa. Quando a polpa está infectada provoca uma resposta inflamatória do ligamento periodontal, no entanto, a infecção periodontal causar efeito na polpa continua controverso. Após estudos relataram quatro casos clínicos:

CASO 1- Paciente do sexo masculino, 21 anos, dente 36, lesão endodôntica primária, inchaço intra-oral, feito tratamento endodôntico em dois sessões, medicação

intra canal (MIC) hidróxido de cálcio, 1 semana depois realizada a obturação dos canais e nenhum tratamento periodontal.

CASO 2- Paciente sexo feminino, 45 anos, dente 46, lesão endodôntica primária, mesmo tratamento.

CASO 3- Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário, paciente sexo masculino, 42 anos, perda óssea grave na distal do dente 37, causada pelo dente 38 incluso. Realizado tratamento endodôntico no 37, sem vitalidade e na sequência extração do 38, após 6 meses reparação óssea completa da lesão.

CASO 4- Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, mulher 45 anos, dente 36, vermelhidão e inchaço do lado lingual, bolsa periodontal 12mm, mobilidade, dor intermitente. Realizaram retratamento endodôntico, três meses após a lesão de furca intacta, realização de cirurgia periodontal nessa área mais enxerto. Controle de um ano com reparação óssea completa.

Fouzan et al. (2014), estudaram que a diferenciação entre problema endodôntico e periodontal pode ser difícil, gerando confusão e controversa. A avaliação clínica e radiográfica ajuda no diagnóstico para um tratamento correto. Criaram um acordo geral sobre a causa de ambas serem de origem bacteriana, sugeriram que uma doença pode causar a outra ou originada de processos independentes que se associam no seu avanço. Uma nova classificação das lesões endo-pério foi sugerida, como base na doença primária com seu efeito secundário:

1- Doença periodontal retrógrada

a- Lesão endodôntica primária com drenagem através do
ligamento periodontal

b- Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário

2- Lesão periodontal primária

3- Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário

4- Lesão endodôntica-periodontal combinada

- 5- Lesões periodontais iatrogênicas
 - a- Perfurações radiculares
 - b- Fuga coronal
 - c- Lesões dentárias ou traumatismo
 - 1- Fratura de esmalte
 - 2- Fratura de coroa sem envolvimento pulpar
 - 3- Fratura de coroa com envolvimento pulpar
 - 4- Fratura de raiz
 - 5- Luxação e avulsão
 - d- Produtos químicos usados em odontologia
 - e- Fraturas radiculares verticais – Trauma

Jivoinovici et al. (2014), enfatizaram que a lesão endodôntica primária obtém-se a cura após uma adequada instrumentação, desinfecção e vedação dos canais radiculares. Já nos casos com envolvimento periodontal secundário requer uma terapia endodôntica e numa segunda fase, uma terapia periodontal. O prognóstico é bom, dependendo da gravidade da doença periodontal e tempo de cura apropriado. Relataram dois casos clínicos:

CASO 1- Uma paciente de 35 anos, dente 45 com inchaço sintomático de tecido mole, bolsa distal de 8 mm e pus drenado pelo sulco. Após instrumentação, curativo com hidróxido de cálcio. Depois de 4 semanas, dente assintomático e sem pus, foi realizado obturação com guta-percha e selamento coronal (restauração). Após 2 anos apresentou resolução completa na imagem radiográfica e bolsa de 3 mm.

CASO 2- Uma paciente de 53 anos, inchaço na mucosa bucal dos dentes 26 e 27, sondagem disto-bucal de 16mm. Após instrumentação, curativo com hidróxido de cálcio e depois de 3 semanas obturados com guta-percha. Realizaram terapia periodontal e curetagem, controle de 2 anos, sondagem ao redor dos dentes de 3 mm, exceto na mesial do 26 e distal do 27, defeito na área de furca ainda presente.

Kambale et al. (2014), relataram caso clínico ,onde foi descrito o protocolo de diagnóstico e tratamento para uma lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. Paciente do sexo feminino, 32 anos, dente 47, onde foram feitos testes de vitalidade com resultado negativo (polpa morta), e de 8 e 10 mm de bolsa periodontal lingual. Realizaram tratamento endodôntico e posteriormente terapia periodontal, dois meses após realizaram a cirurgia regenerativa periodontal + enxerto ósseo (hidroxiapatita estéril e grânulos de fosfato beta-tricálcio). Seis meses de pós-operatório, a profundidade de sondagem normal de 2 mm foi alcançada.

Baz et al. (2015), estudaram e relataram um caso clínico sobre sulco pálogo-gengival, que é uma anomalia de desenvolvimento, causando uma doença periodontal grave no dente envolvido.

RELATO DE CASO: Mulher de 40 anos, dente 12, trauma de 5 anos atrás na região, teste negativo da polpa ao frio (necrose pulpar), bolsa periodontal de 10 mm na superfície palatina do dente. Foi feita a tomografia computadorizada (CBCT) para auxiliar no diagnóstico, lesões independentes sem comunicação. Tratamento consistiu na endodontia com posterior remoção do sulco pálogo-gengival do dente 12. Controle de 3,6 e 9 meses, novas radiografias e CBCT. Um ano após apresentou cicatrização completa da lesão.

Gupta et al. (2015), avaliaram o tratamento de lesões endo-pério em 31 pacientes, com intervalo de tempo entre o tratamento endodôntico e periodontal, grupo 1- tratamento endodôntico e periodontal simultâneos e grupo 2- tratamento periodontal 3 meses após o endodôntico. Sempre começar com o tratamento do canal radicular, nestes casos, foram feitos em duas sessões, em dentes não vitais com profundidade de sondagem de aproximadamente 5 mm. Segundo Bloml et al e Lime et al, efeito negativo da endodontia sobre o tratamento periodontal, se ambos fossem realizados

simultaneamente. Neste estudo de lesões endo-pério sem comunicação, não observaram nenhum efeito adverso no tratamento simultâneo. Estudos precisam ser realizados em lesões com comunicação, para analisar a passagem de medicamento e material obturador para o periodonto através do forame apical. Limitações no estudo pelo número pequeno de pacientes e falta de tomografia computadorizada.

Gomes et al. (2015), retiraram amostras clínicas de 15 canais radiculares com tecido necrótico e das bolsas periodontais associadas, obtiveram como resultados, que bactérias foram encontradas em 100% das amostras em ambos. As espécies mais detectadas nos canais radiculares antes e após o Preparo Químico Mecânico (PQM), foram *Enterococcus faecalis*, *Parvimonas micra* e *Mogibacterium timidum*. As espécies mais encontradas nas bolsas periodontais foram *P.micra*, *E. faecalis*, *Streptococcus constellatus*. Microbiota complexa, algumas bactérias sobreviveram após o PQM, sugerindo que possa haver via de infecção entre a polpa e o periodonto. Realizaram com dente isolado e amostras com cone de papel.

Ruiz et al. (2017), avaliaram 602 pacientes, com 775 dentes tratados o canal radicular, apenas dentes com canal radicular preenchido adequadamente, restauração coronal e sem lesão, foram selecionados, totalizando 194 dentes. Dividiram em dois grupos: Grupo 1 – sem doença periodontal, Grupo 2 – com doença periodontal com tratamento não cirúrgico. Após controle de dois anos, concluíram que o risco de desenvolver periodontite apical (AP) em dentes tratados endodonticamente, é 5,19 vezes maior para pacientes com doença periodontal, em comparação com pacientes sem doença periodontal. A doença periodontal, mesmo com tratamento periodontal adequado, está associada a um aumento no desenvolvimento da AP, em dentes tratados endodonticamente.

Narang et al. (2017), relataram caso clínico de um paciente do sexo masculino 22 anos, dente 46, com envolvimento endo-pério, onde foi tratado inicialmente o canal radicular e em seguida o tratamento de um defeito na furca, usando vidro bioativo em forma de massa. Testes elétricos foram feitos, dente sem vitalidade, bolsa peridontal de 4 e 6 mm. Após 3 meses do tratamento endodôntico realizado, o envolvimento furcetivo ainda existia. Planejamento da cirurgia periodontal regenerativa, confirmando o diagnóstico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. Controle final de nove meses, radiograficamente mostrou um preenchimento ósseo significativo e redução na profundidade de sondagem para 3 mm. O envolvimento da furção apresenta um dos grandes desafios na terapia endodôntica com envolvimento periodontal.

Terlemez et al. (2017), avaliaram que o volume da polpa diminui devido a periodontite, tornando os canais radiculares estreitos e diminuindo o volume da câmara pulpar. Utilizaram as imagens em tomografia computadorizada (CBCT), auxiliando o clínico a ter uma melhor compreensão da anatomia interna dental e conseqüentemente um prognóstico mais favorável no tratamento endodôntico. Concluíram que dentes com destruição periodontal, podem promover a perda da vitalidade dentária, através da contaminação pelos canais laterais. Foram analisados 34 dentes (17 saudáveis e 17 defeituosos), onde foi feita a (CBCT), obtendo modelos em 3D.

DISCUSSÃO

Devido a complexidade no diagnóstico das lesões endo-pério, surgiram várias classificações, dentre as quais a de Simon et al. (2013) que visa a principal causa da doença, é a mais utilizada:

CLASSIFICAÇÃO DE SIMON

- 1- Lesões endodônticas primárias – Podem drenar pelo sulco gengival, mas são de origem pulpar, a lesão pode aparecer no ápice ou área de bifurcação, aspectos clínicos que confundem com possível lesão periodontal. Mapear guta-percha, tratamento endodôntico.
- 2- Lesões endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário – Após período de tempo se o tratamento endodôntico não for realizado, terapia endodôntica e periodontal.
- 3- Lesões periodontais primárias – Causada por doença periodontal (Periodontite), progride ao longo da superfície da raiz, até atingir a região apical, sondagem e teste de vitalidade a polpa reage positivamente.
- 4- Lesões periodontais primárias com envolvimento endodôntico secundário – À medida que as lesões periodontais progridem para o ápice, canais laterais ou acessórios podem estar expostos ao ambiente oral, levando a necrose pulpar. Fazer mais pesquisas nessa área.
- 5- Lesões combinadas verdadeiras – Existe lesão em um dente que também é envolvido periodontalmente. Tratamento endodôntico e prognóstico depende do tratamento periodontal, radiograficamente se assemelha à fratura vertical.

Uma nova classificação, acredita que o item, doença endodôntica primária, de Simon et al. (2013), deve ser modificado, uma vez que não tem relação periodontal. Sugerindo como base a doença primária com seu efeito secundário, Fouzan et al. (2014), classifica da seguinte forma:

1- Doença periodontal retrógrada

a) Lesão endodôntica primária com drenagem através do ligamento periodontal – Exacerbação aguda de uma lesão apical crônica em um dente com polpa necrótica, drenagem coronária através do ligamento periodontal pelo sulco gengival, confunde com abscesso periodontal. No diagnóstico, inserir guta percha na lesão e tirar radiografia, tratamento do canal radicular.

b) Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário – Resultado de microorganismos presentes no canal radicular infectado, em longo prazo, bolsa periodontal mais extensa. A integridade do periodonto será restabelecida se o tratamento do canal radicular for feito corretamente.

2- Lesão periodontal primária – A doença periodontal progride pela superfície da raiz até o ápice, a polpa pode permanecer vital ou pode mostrar doenças degenerativas ao longo do tempo. Tratar apenas os tecidos periodontais.

3- Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário – A progressão da doença periodontal leva ao envolvimento pulpar (necrose pulpar), através dos canais laterais ou forame apical. Tratar ambos os tecidos.

4- Lesão endodôntica-periodontal combinada – Ambos os tecidos contaminados, não é essencial determinar qual foi a etiologia, pois o tratamento envolverá a endodontia e o gerenciamento periodontal.

5- Lesões periodontais iatrogênicas

a) Perfurações radiculares

- b) Fuga coronal, segundo Madison et al e Wilcox et al, descobriram que a exposição dos canais para o ambiente oral, em alguns casos, podem contaminar todo o comprimento do canal radicular.
- c) Lesões dentárias ou traumatismo
 - 1- Fratura de esmalte
 - 2- Fratura de coroa sem envolvimento pulpar
 - 3- Fratura de coroa com envolvimento pulpar
 - 4- Fratura de raiz
 - 5- Luxação e avulsão
- d) Produtos químicos usados em odontologia (Peróxido de hidrogênio 30% a 35% intra coronal, podem induzir uma reabsorção radicular)
- e) Fraturas radiculares verticais – Trauma

Fouzan et al (2014) e Aksel et al (2014), enfatizaram a importância dos testes de vitalidade e sondagem periodontal no diagnóstico das lesões endopéριο. No teste pulpar ao frio, se um dente com ápice completo e não traumatizado não responde aos testes, então a polpa deve ser considerada necrosada. Todavia, um dente multirradicular, com pelo menos uma raiz contendo tecido pulpar vital, pode responder ao teste ao frio, mesmo que uma ou mais raízes contenham tecido pulpar necrosado. Sendo assim, dentes sem vitalidade pulpar, a origem será endodôntica e dentes com vitalidade pulpar a origem será periodontal. A sondagem periodontal irá registrar a profundidade de bolsa periodontal na mesial, no centro e na distal das faces vestibular e lingual dos dentes, a perda óssea periodontal extensa, determinada pela amplitude aumentada das sondagens periodontais, é geralmente considerada de etiologia periodontal e é encontrada em outras áreas da boca. Porém, áreas isoladas de perda óssea vertical podem ser de etiologia endodôntica, especificamente em

dentos não vitais cuja infecção se estendeu do periápice para o sulco gengival. A associação dos testes de vitalidade à sondagem periodontal, são imperativos na determinação do diagnóstico e na elaboração de um prognóstico preciso.

Kim et al (2008), Goyal et al (2013), Kambale et al (2014), Aksel et al (2014), Jivoinovici et al (2014), Baz et al (2015), Narang et al (2017) e Cho et al (2017), relataram casos clínicos com alto percentual de cura, onde o prognóstico de controle foi favorável em lesões endo-pério primária e combinadas. Lim et al (2009), relataram que em 40 casos de lesões combinadas, apenas 57% mostraram uma cura completa, com restabelecimento de lâmina dura, sendo assim o sucesso da lesão combinada, permaneceu significativamente inferior ao tratamento das lesões endodônticas isoladas e afirmaram que o prognóstico bom, depende da extensão da doença periodontal. Já Jivoinovici et al (2014), relataram dois casos clínicos, em um obtiveram a cura total e no outro o defeito na área de furca permaneceu presente.

Kim et al. (2008) e Jivoinovici et al. (2014), compararam pacientes com lesões endodônticas primárias e outros com envolvimento periodontal. Encontraram resultados bem sucedidos, com alta taxa de sucesso, nas lesões endodônticas primárias, após o tratamento do canal, com uma adequada instrumentação, desinfecção e vedação dos canais radiculares. Já nos casos de lesões com envolvimento periodontal secundário, a taxa de sucesso diminui, onde após o tratamento endodôntico é realizada numa segunda fase a terapia periodontal não cirúrgica. O prognóstico é bom, dependendo da gravidade da doença periodontal e tempo de cura apropriado. Jivoinovici et al. (2014), realizaram a terapia endodôntica em duas sessões, utilizando após a instrumentação, hidróxido de cálcio, como medicação intra canal por 3 à 4 semanas de espera entre as sessões. No caso clínico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, não

obteve cura total, defeito na área de furca ainda presente, após terapia periodontal e curetagem, sem cirurgia.

Goyal et al. (2013), Aksel et al. (2014), Kambale et al. (2014) e Narang et al. (2017), utilizaram biomateriais na terapêutica periodontal cirúrgica. Goyal et al. (2013), relataram um caso clínico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, do dente 22, após terapêutica endodôntica convencional, utilizaram na cirurgia periodontal, fibrina rica em plaquetas (PRF) e enxerto ósseo aloplástico (BETA – TCP), após 18 meses de controle clínico e radiográfico, apresentaram regeneração completa da lesão. Aksel et al. (2014), relataram dois casos clínicos de lesão endodôntica primária, tratamento endodôntico realizado em duas sessões, utilizando hidróxido de cálcio como medicação intra canal por 1 semana e após realizaram a obturação dos canais radiculares, obtiveram cura da lesão, sem nenhum tratamento periodontal. No caso clínico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário e lesão de furca do dente 36, após o tratamento endodôntico, realizaram a cirurgia periodontal e o defeito de furca foi preenchido com um material de xenoenxerto (OsteobiolGenOs, Tecnos), obtendo a reparação óssea completa no defeito de furca, após 1 ano de controle. Kambale et al. (2014), relataram um caso clínico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário do dente 47, realizaram tratamento endodôntico e posteriormente terapia periodontal, dois meses após realizaram a cirurgia regenerativa periodontal + enxerto ósseo (hidroxiapatita estéril e grânulos de fosfato beta – tricálcio), seis meses de controle pós-operatório, profundidade de bolsa diminuiu. Narang et al. (2017), relataram caso clínico de lesão endo-pério do dente 46, com defeito na furcação, após 3 meses do tratamento endodôntico realizado, planejaram a cirurgia periodontal regenerativa, usando vidro

bioativo em forma de massa, controle de 9 meses, obtiveram preenchimento ósseo e redução na profundidade de sondagem.

Cho et al. (2013) e Baz et al. (2015), relataram casos clínicos de sulco pálatogengival, em incisivos laterais maxilares, tratados como lesão endo-pério combinada, realizaram o tratamento do canal radicular primeiramente, onde Cho et al.(2013), em um de seus casos, realizaram a apicectomia e como material de vedação utilizaram agregado de trióxido mineral (MTA) e na sequência o tratamento periodontal cirúrgico com desbridamento de abas abertas e odontoplastia. Após avaliação clínica e radiográfica, obtiveram um prognóstico favorável, com remoção das lesões periapicais e diminuição da profundidade de bolsa periodontal.

Lim et al. (2009), relataram um caso clínico do dente 16 com lesão endo-pério combinada, realizaram o tratamento endodôntico e após um mês a regeneração tecidual guiada (GTR), repetindo após 10 meses o segundo (GTR), obtendo uma redução na profundidade de bolsa periodontal.

Gupta et al. (2015), avaliaram o tratamento endodôntico e periodontal simultâneos e o tratamento periodontal 3 meses após o endodôntico e não observaram nenhum efeito adverso no tratamento simultâneo. Segundo Bloml et al. e Lima et al., relataram efeito negativo da endodontia sobre o tratamento periodontal, se ambos fossem realizados juntos.

Fouzan et al.(2014) e Gomes et al. (2015), concluíram que as lesões endo-pério são resultados de uma infecção bacteriana. Gomes et al. (2015), obtiveram como resultado em suas pesquisas, que nos canais radiculares com tecido necrótico e nas bolsas periodontais, foram encontradas bactérias em 100% das amostras.

Ruiz et al. (2017), concluíram que a doença periodontal aumenta o risco de desenvolver periodontite apical em dentes tratados endodonticamente.

Terlemez et al. (2017), concluíram que o volume da polpa dentária, diminui com a presença de doença periodontal, uma destruição periodontal pode promover a perda da vitalidade dentária, através da contaminação pelos canais laterais. Rubach et al. e Mitchell et al., relataram que a doença periodontal, pode afetar a saúde da polpa, quando ocorre exposição dos canais acessórios. Lindhe et al., também relataram tal contaminação pelos canais acessórios, forame apical e canais na área de furca. Adriaens et al., concluíram que bactérias de bolsas periodontais, tem a capacidade de alcançar os canais radiculares pelos túbulos dentinários. Aksel et al. (2014), afirmaram que a infecção periodontal, causar efeito na polpa, continua controverso.

CONCLUSÃO

Após análise da literatura, pode-se concluir que:

- a) A classificação mais utilizada é a de Simon et al.,
- b) Realizar uma anamnese e exame clínicos minuciosos, com testes de vitalidade pulpar e sondagem periodontal, além de imagens radiográficas ou tomografia computadorizada para auxiliar no diagnóstico, que muitas vezes é confuso e controverso.
- c) O tratamento do canal radicular é realizado primeiramente e na sequência a terapia periodontal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Fouzan SK. A New Classification of Endodontic-Periodontal Lesions. *International Journal of Dentistry*. 2014;1-5.

Aksel H, Serper A. A case series associated with different kinds of endo-perio lesions. *J Clin Exp Dent*. 2014; 6(1):91-95.

Castelo-Baz P, PhD, DDS, Barbosa RI, Mart-Biedma B, Dablanca-Blanco BA et al. Combined Endodontic-Periodontal Treatment of a Palatogingival Groove. *JOE*. 2015; 41(11): 1918-1922.

Cho Y, DDS, PhD, Lee J, Chung Y, Lee W et al. Collaborative Management of Combined Periodontal-endodontic Lesions with a Palatogingival Groove: A Case Series. *JOE*. 2017; 43(2): 332-337.

Gomes PFAB, DDS, MSC, PhD, Beber BV, BDS et al. Microbiomes of Endodontic-Periodontal Lesions before and after Chemomechanical Preparation. *JOE*. 2015; 41(12): 1975-1984.

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.

Gupta S, MDS, Tewari S, Mittal S. Effect of Time Lapse between Endodontic and Periodontal Therapies on the Healing of Concurrent Endodontic-Periodontal Lesions without Communication: A Prospective Randomized Clinical Trial. *JOE*. 2015; 41(6): 785-790.

Jivoinovici R, Suciú L, Dimitriu B, Perlea P, Bartok R, Malita M et al. Endo-periodontal lesion – endodontic approach. *Journal of Medicine and Life*. 2014; 7(4): 542-544.

Kambale S, Aspalli N, Munavalli A, Ajsaonkar N, Babannavar R. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014; 8(8): 22-24.

Kim E, DDS, MSD, PhD, Song J, BDS et al. Prospective Clinical Study Evaluating Endodontic Microsurgery Outcomes for Cases with Lesions of Endodontic Origin Compared with Cases with Lesions of Combined Periodontal–Endodontic Origin. JOE, Maio 2008; 34(5):546-551.

Narang S, Narang A, Gupta R. A sequential approach in treatment of perio-endo lesion. Journal of Indian Society of Periodontology. 2011; 12(2): 177-180.

Ruiz X, DDS, Duran-Sindreu F, PhD, Shemesh H, Font GM. Development of Periapical Lesions in Endodontically Treated Teeth with and without Periodontal Involvement: A Retrospective Cohort Study. JOE. 2017; 43(8): 1246-1249.

Se-Lim Oh, DMD MS, Fouad FA, BDS, DDS, MS. Treatment Strategy for Guided Tissue Regeneration in Combined Endodontic-Periodontal Lesions: Case Report and Review. JOE, out 2009; 35(10): 1331-1336.

Simon SHJ, AB, DDS, Glick HD, BS, Frank LA. In Remembrance of James H.S. Simon The Relationship of Endodontic–Periodontic Lesions. JOE, Maio 2013; 39(5): 41-46.

Terlemez A, DDS, PhD, Alan R, Gezgin O. Evaluation of the Periodontal Disease Effect on Pulp Volume. JOE. 2017: 1-4.