

TRATAMENTO DE LESÃO ENDOPERIODONTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO

Waleska Destefani de Paiva ¹

Vinício Felipe Brasil Rocha ¹

¹ Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS

waleska.paiva@hotmail.com

RESUMO

As lesões periodontais combinadas são conhecidas como endoperiodontais e são caracterizadas pelo envolvimento pulpar e periodontal no mesmo dente, sendo causadas por uma infecção mista de microrganismos anaeróbicos. Neste sentido a condição pode ser causa ou consequência de quadros endodônticos e periodontais, o que torna complexo o diagnóstico, prognóstico e tratamento. Os processos de tomada de decisão sobre o prognóstico favorável, duvidoso ou desfavorável do dente são baseados em parâmetros periodontais, endodônticos e restauradores, sendo por isso necessário um adequado diagnóstico e conhecimento dos processos patológicos envolvidos. O presente trabalho se propõe a descrever um caso clínico realizado na Clínica Odontológica da UNIFENAS – Varginha. Assim como realizar uma revisão de literatura sobre o tratamento de lesões combinadas em dentes unirradiculares, abordando também os outros tipos de lesões existentes com suas devidas formas de diagnóstico, prognóstico e planos de tratamento, convencionais e alternativos.

Palavras-chave: Doenças periodontais. Periodontite. Lesão endoperiodontal. Endodontia. Periodonto.

ABSTRACT

Combined periodontals are as well-known as endoperative and are characterized by periodontal tissue and at the same time being caused by a mixed infection of anaerobic microorganisms. In this sense, it can be the cause or consequence of endodontic and periodontal conditions, which makes diagnosis, prognosis and treatment complex. The processes of decision making on the favorable, doubtful or unfavorable prognosis of the tooth are based on periodontal, endodontic and restorative parameters, being, therefore, one of the diagnostic mechanisms involved in the process. The present work is purposeful to a clinical event held at the Dental Clinic of UNIFENAS - Varginha. As well as a review of the literature on the treatment of combined lesions in "uniradicular" teeth, also addressing the other types of lesions existing with their conventional and alternative diagnosis, prognosis and treatment plans.

Key words: Periodontal diseases. Periodontitis. Endoperio lesion. Endodontic. Periodontal.

INTRODUÇÃO

A polpa e o periodonto têm uma interrelação observada ainda na odontogênese, pois os percursores da polpa (papila dentária) e do ligamento periodontal (saco dentário) são de mesma origem, mesodérmica, sendo separados na fase tardia de câmpula, pela bainha de

Hertwig¹. Além disso, existem comunicações entre estes tecidos, que podem ser fisiológicas, como o forame apical e canais laterais e acessórios, e não fisiológicas, como as perfurações iatrogênicas que ocorrem pelo manuseio inadequado de instrumentos e fraturas

radiculares, causadas principalmente por traumas e servindo como via para contaminação pulpar². A estas principais vias de comunicação juntam-se ainda os túbulos dentinários (e a junção amelocementária) e os sulcos de desenvolvimento³ de todas as vias citadas, o forame apical parece ser o principal responsável pelas lesões combinadas endoperiodontais, seguido dos canais laterais e acessórios, cuja prevalência varia entre 23% a 75%².

Os sulcos de desenvolvimento, que podem ser apicais ou palatogengivais⁴ são locais propícios ao início do processo de destruição periodontal ao longo da superfície radicular. Geralmente estão presentes na fossa central dos incisivos centrais e laterais superiores, com uma prevalência aproximada de 2,8% à 8,5%⁵ e atravessam o cingulo, continuando apicalmente pela raiz para distâncias variadas⁶. Clinicamente, ocorre uma quebra da ligação periodontal envolvendo o sulco, o que fornece um local para o acúmulo de bactérias e uma passagem para a porção apical, induzindo inflamação progressiva ao longo do sulco. Como a maioria dos sulcos são estreitos, tornam-se áreas de retenção de placa difíceis de instrumentar e servem como canais microbianos⁵ partir do momento em que há invasão de placa e cálculo, o sulco torna-se uma via com amplo substrato para criar uma lesão periodontal auto-suportada; a polpa destes dentes pode demonstrar sinais de doença pulpar ou ficar secundariamente envolvida⁷.

A existência de um problema periodontal e endodôntico pode complicar o diagnóstico, prognóstico e tratamento do dente alvo da avaliação, afetando a sequência de tratamentos⁸. A princípio, quando o paciente é monitorado ao longo de um período de tempo, o seu

diagnóstico pode ser simples. Sem este acompanhamento, o que na maioria das vezes acontece, torna-se complicado a definição da origem primária do quadro, sendo necessário adotar testes e medidas de semiotécnica e exames complementares, sobretudo radiográfico para melhor elucidação do quadro⁹.

No geral, os exames clínicos são essenciais para um bom diagnóstico e devem incluir: exame visual, palpação a fim de detectar anormalidades ou áreas dolorosas, percussão vertical e lateral, avaliação da mobilidade dentária, radiografias, testes de vitalidade pulpar, sondagem de bolsas periodontais e verificação de trajetos fistulosos⁹. Após realizados, deve-se analisar a história do paciente e distinguir a origem da lesão, se é endodôntica ou periodontal⁹.

Quando a pulpíte é clinicamente reconhecida em um dente com a doença periodontal, sem restaurações profundas ou lesão cariosa extensa, a pulpíte pode ser secundária, sendo esse processo denominado de pulpíte retrógrada. Quando se descobre que a polpa não é vital, o processo inflamatório que causa a lesão no periodonto pode ser de origem endodôntica caracterizando uma periodontite retrógrada ou periodontite apical ou de origem periodontal que levou a necrose da polpa pela contaminação via forame apical ou canal lateral principalmente¹⁰. Há várias classificações sugeridas para as lesões endoperiodontais que se baseiam em fatores diferentes, nomeadamente fatores etiológicos, vias anatômicas, manifestações clínicas e estratégias de tratamento¹¹. Uma das mais utilizadas baseia-se na causa primária de doença e sua forma de propagação pelas vias de comunicação entre os tecidos¹². De acordo com esta classificação têm-se:

A Lesão endodôntica primária: causada na maioria das vezes por cáries, restaurações, lesões traumáticas, sendo que tipicamente as lesões endodônticas possuem reabsorção do osso apical e lateral ao dente. Os testes de vitalidade revelam a polpa necrosada, e radiograficamente observa-se perda óssea. O tratamento é unicamente endodôntico e o prognóstico é geralmente favorável.

A Lesão endodôntica primária com envolvimento secundário periodontal: acontece quando uma lesão pulpar não é tratada e sua patogênese persiste, destruindo o osso periapical. Em conjunto, temos um acúmulo de placa bacteriana e tártaro nas bolsas periodontais, resultando em doença periodontal. O tratamento baseia-se no tratamento endodôntico e periodontal e o prognóstico é duvidoso.

A Lesão primária periodontal: tem início no sulco gengival e migra para o ápice radicular em forma de depósitos de placa bacteriana e tártaro. A lesão óssea é difundida e generalizada; na maioria dos casos os testes de vitalidade pulpar revelam uma reação normal e o prognóstico é favorável, mas piora à medida que a doença progride.

A Lesão periodontal primária com envolvimento secundário endodôntico: a progressão da doença periodontal primária é em sentido apical, e assim a polpa pode necrosar devido à interação através do canal lateral, acessório ou forame apical. Radiograficamente não se consegue distinguir esse tipo de lesão das endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário.

A lesão combinada verdadeira são duas doenças que se unem em progressão coronal, através da lesão endodôntica e em progressão apical, através da lesão periodontal, independentemente da sequência

temporal em que ocorrem. Radiograficamente não se tem identificação da causa primária. O prognóstico depende da extensão da lesão e da sua destruição.

A Lesão pulpar e periodontal concomitante: nesta classificação, existe uma lesão endodôntica e uma lesão periodontal, porém as duas não se comunicam.

Após o correto diagnóstico e verificação do prognóstico, o objetivo final de todo o tratamento é a preservação do dente, e neste também há diferentes opiniões defendidas por diferentes autores¹³. Quando os tratamentos tradicionais não funcionam, devem ser considerados os tratamentos alternativos, como ressecção ou abordagens regenerativas. Além desses tratamentos, uma combinação de enxerto ósseo e membrana apresentam resultados promissores, sobretudo nas perdas ósseas verticais e estreitas^{14, 15}.

Recomenda-se que a lesão endodôntica seja a primeira a ser tratada, mas na maioria das vezes é necessário realizar¹⁶ o que se denomina de fase zero que consiste na eliminação da dor, podendo ser ela periodontal ou endodôntica. A fase inicial de um tratamento dura em média dois meses, sendo composta de um tratamento endodôntico aliado a uma melhoria na higiene oral, motivando o paciente. O primeiro follow-up (consulta de acompanhamento) é efetuado seis meses após, o segundo, um ano após o tratamento finalizado e a fase final, dezoito meses após¹³.

Neste sentido após o diagnóstico realiza-se diretamente o tratamento endodôntico, em sessão única ou múltipla, e o tratamento periodontal não cirúrgico, finalizando em quatro

semanas. Em seguida, parte-se para o tratamento regenerativo, entre quatro e doze semanas, e após esse período monitora-se o paciente com consultas regulares para acompanhar o resultado do tratamento².

RELATO DE CASO

Paciente F.F, melanoderma, 49 anos, tabagista, compareceu a Clínica Odontológica da Unifenas - Varginha para tratamento. Sua queixa principal era de dor, sensibilidade e sangramento abundante ao escovar os dentes, e o dente, incisivo central superior (11) apresentava-se escurecido e com mobilidade. Ao exame clínico, percebeu-se a presença de recessões gengivais generalizadas e tecido inflamado. Radiograficamente havia presença de cálculos por toda a cavidade bucal e espessamento do ligamento periodontal em alguns dentes, o incisivo superior em questão possuía uma rarefação óssea periapical indicativa de lesão, o que justificava o fato de o dente estar escurecido devido à necrose existente. Foi realizada a sondagem periodontal e constatou-se a presença de bolsas periodontais (5 a 7mm) em toda arcada superior, e na região de incisivos inferiores. O tratamento inicial realizado foi raspagem supra e subgengival para retirada da dor do paciente, adequação do meio bucal e controle de placa e logo após, foi realizada endodontia do dente 11. (figura 1)



Figura 1: Radiografia periapical incisivos

Posteriormente, foi realizada cirurgia de retalho por hemiarcada, totalizando quatro sessões cirúrgicas com intervalos de quinze dias entre elas, com objetivo de eliminar as bolsas periodontais presentes. Após quinze dias foi então realizada a cirurgia de enxerto ósseo com colocação de membrana de colágeno. Uma semana após foi retirada a sutura e realizada uma contenção semi-rígida (figura 2), que permaneceria por mais quinze dias, a fim de se proporcionar um meio favorável a estabilização e fixação dentária.



Figura 2: Imagem clínica intraoral

Após exame radiográfico final, percebeu-se que havia presente um espaçamento entre o cimento endodôntico e a guta-percha, e a partir disso, foi realizado um retratamento endodôntico, de modo a eliminar qualquer possibilidade de contaminação e infecção endodôntica persistente, usou-se então um condensador de guta percha rotatório para auxiliar no procedimento, porém houve uma ultrapassagem do cone para além do ápice, requerendo que fosse feita a cirurgia parendodôntica posteriormente. A cirurgia parendodôntica foi realizada quinze dias após o retratamento. A contenção semi-rígida foi mantida, e em conjunto com a cirurgia foi realizado novo enxerto ósseo com colocação de membrana de colágeno. Após 7 dias, as suturas foram retiradas e novas radiografias foram feitas,

juntamente com a restauração em resina para fechamento do tratamento endodôntico (figura 3).



Figura 3: Radiografia periapical incisivos - final

Observa-se por fim que o prognóstico do dente é duvidoso devido a pouca inserção periodontal remanescente, sendo uma alternativa proposta a extração dentária, refutada a princípio pelo paciente. Em avaliação, trinta dias após a cirurgia, foi verificado que a mobilidade do dente em questão havia reduzido, porém ainda estava presente. As consultas de acompanhamento serão realizadas durante os próximos meses através de radiografias mensais e testes táteis. E o tratamento restaurador estético será agendado posteriormente, devido ao tempo de espera necessário para avaliação do enxerto ósseo e da completa redução da mobilidade presente no dente.

DISCUSSÃO

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. O diagnóstico é frequentemente desafiador, uma vez que as características clínicas de ambas as doenças primárias podem ser semelhantes¹⁵.

A determinação da causa é crucial para evitar um tratamento inadequado, além de permitir uma chance considerável para que a doença seja tratada com sucesso¹².

De acordo com Dahlen (2012); Trabert & Kang (2012) e Heasman (2013) quando existe colapso periodontal ao redor de um dente desvitalizado ou com tratamento endodôntico prévio, ou seja, lesões pulpares primárias, combinadas com defeitos periodontais secundários, a infecção dos canais radiculares deve ser considerada e o tratamento ou retratamento endodôntico está indicado. Heasman, ainda afirma que a necrose ou infecção pode ocasionar fístulas semelhantes às bolsas periodontais e como a etiologia dessas lesões é pulpar, o tratamento endodôntico é preconizado. Jivoinovici et al., complementa a discussão dizendo que procedimentos periodontais invasivos devem ser evitados nesse momento.

Por outro lado, Singh (2011) diz que se um dente vital com doença periodontal desenvolve um sintoma pulpar qualquer e que não seja necrose, o tratamento periodontal será a prioridade. Dentes com envolvimento periodontal primário inicialmente são tratados com terapia periodontal básica. Após isso, e se necessário, a cirurgia periodontal poderá ser realizada.

Rotstein & Simon (2004) apontam que o resultado do tratamento endodôntico deve ser reavaliado em 2 a 3 meses e apenas após esse período, o tratamento periodontal deve ser considerado. Essa sequência de tratamento proporciona maior tempo para ocorrer a cicatrização periodontal.

Schmidt et al., em sua visão afirma que o tratamento endodôntico não cirúrgico é a

primeira opção. Caso ocorra cicatrização seis meses após o tratamento endodôntico, não é necessário nenhum tratamento periodontal adicional. Entretanto, quando a cicatrização não ocorrer totalmente, o tratamento periodontal deve ser executado após o período de cicatrização endodôntica. A recuperação e cicatrização dependerão da resposta individual.

CONCLUSÕES

De acordo com o caso clínico, o paciente relatava como queixa principal dor e sangramento gengival abundante, e como o dente 11 estava escurecido, já havia um diagnóstico de necrose pulpar confirmado com radiografia periapical, e a partir disso foram realizadas sequenciais sessões de raspagem periodontal afim de condicionar o meio bucal e retirar a dor do paciente. E só posteriormente o tratamento endodôntico foi realizado para retirar toda contaminação de dentro do canal, com seguidas cirurgias de retalho para que se conseguisse alcançar o fundo das bolsas periodontais e elimina-las. Alguns autores afirmam que a endodontia deve ser realizada anteriormente ao tratamento periodontal, porém na literatura a dor do paciente deve ser a primeira a ser resolvida, para que posteriormente se inicie o tratamento curativo.

O paciente inicialmente apresentava intensa mobilidade dentária e persistentes bolsas periodontais, assim levando-se em conta o tempo hábil para realização dos procedimentos curativos, não houve a espera de 2 a 3 meses após o tratamento endodôntico para realização de intervenções cirúrgicas como enxertos ósseos e membranas reabsorvíveis. A esplintagem semi-rígida foi mantida visando a preservação do dente no arco e

diminuição da mobilidade dentária assegurando um ambiente propício para o reparo ósseo.

REFERÊNCIAS

1. AKSEL H, Serper A. A case series associated with different kinds of endo-perio lesions. **J Clin Exp Dent.** 2014; 6(1): 91-5.
2. PINTO, JRL. Lesões endo-perio: a complexidade no diagnóstico. 1 ed. Porto, Portugal: **U.porto**, 2018.
3. AGUIAR C M, PINHEIRO JT. Combined pupalperiodontal lesion: report of a case. **Int J Dent**, [S.l.], v.1, p.30-50, 2002 - 2014;8(8):ZD22-4.
4. ROTSTEIN I, SIMON J. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal endodontic lesions. **Periodontology** 2000 2004; 34: 165–204.
5. CHO Y, LEE J, CHUNG Y, LEE W, SEOL Y, LEE Y, et al. Collaborative Management of Combined Periodontal-endodontic Lesions with a Palatogingival Groove: A Case Series. **J Endod.** 2017;43(2):332-7.
6. SCHACHER B, HAUEISEN H, RATKA-KRUGER P. The chicken or the egg? Periodontalendodontic lesions. **Quintessenz J.** 2007;4(1):15-21.
7. PAROLIA A, GAIT T, PORTO I, MALA K. Endo perio lesion: A dilemma from 19th until 21st century. **J Inter Dent.** 2013;3(1):2-11.
8. AL ATTAS M, EDRESS H, SAMMANI A, MADARATI A. Multidisciplinary management of concomitant pulpal and periodontal lesion: A case report. **J Taibah Univer Med Sciences.** 2017;12(5):455-60.
9. STORRER C, BORDIN G, PEREIRA T. How to diagnose and treat periodontal endodontic lesions? **J Inter Dent.** 2012;9(4):427-33.

10. SWAMINATHAN R, RAGHUNATHAN J, SUBBIAH S. Multidisciplinary approach to the conservative and regenerative management of Endo-Perio Lesion. **Int J Dental Scienc Research**. 2014;2(4B):11-3.
11. GORDUYSUS M. Endodontic-Periodontal Relationship. **Com Comp Endod**. 2018. p. 217-42.
12. AL-FOUZAN K. A new classification of endodontic-periodontal lesions. **Int J Dent**. 2014;2014:919173.
13. KERNS D, GLICKMAN G. Inter-relações Endodônticas e Periodontais. In Hargreaves M. K e Cohen, S. **Caminhos da Polpa**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.598-612.
14. SHENOY N, SHENOY A. Endo-perio lesions: diagnosis and clinical considerations. **Indian J Dent Res**. 2010;21(4):579-85.