

LESÃO ENDOPÉRIO: RELATO DE CASO

ENDO-PERIO INJURY: CASE REPORT

LARISSA DA COSTA DE SOUZA^{1*}, ANA PAULA GRIMIÃO QUEIROZ², LUIZ FELIPE GILSON DE OLIVEIRA RANGEL³, OSWALDO LUIZ CECÍLIO BARBOSA⁴

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra; 2. Professora Me^a em Periodontia pela UNITAU - Taubaté SP. Prof^o do Curso de Odontologia da USS; 3. Professora Me em endodontia pela UNITAU - Taubaté SP. Professor do Curso de Odontologia da USS; 4. Especialista em implantodontia pelo Cevo e Mestrado em Saúde Coletiva pela SLMANDIC. Professor assistente da USS.

*Rua Maria Vieira Soares de Souza, 60, Bela Vista, Paraíba do Sul, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 25850-000.

larissinha_ps_costa@hotmail.com

Recebido em 15/03/2016. Aceito para publicação em 25/05/2016

RESUMO

A lesão endopério é identificada pela junção da doença pulpar e periodontal em um mesmo dente, tendo como consequência a inflamação ou degeneração de ambos os tecidos. Ela pode ser causada por inúmeras comunicações que a polpa tem com o periodonto, como exemplo, as ramificações do canal principal, canais laterais, canal cavo-interadicular, forame apical, foraminas e túbulos dentinários desprovidos de cimento radicular. Entretanto, o correto diagnóstico de lesões endodôntico-periodontais é muito importante, identificando os efeitos da lesão endodôntica sobre o periodonto e da lesão periodontal sobre a polpa. Este artigo tem por finalidade apresentar um caso clínico de tratamento de um molar inferior com lesão endopério, bem como o resultado alcançado num período de cinco meses.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontia, endodontia, lesão endopério, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

The endo-perio lesion is identified by the junction of the pulp and periodontal disease in a same tooth, resulting in inflammation or degeneration of both fabrics. It can be caused by numerous communications that the pulp has with the periodontium, for example, branches of the main channel, side channels, hollow-interadicular canal, foramen, foramina and dentinal tubules devoid of cementum. However, the correct diagnosis of periodontal endodontic lesions is very important, identifying the effects of endodontic lesions on periodontal and periodontal lesions on the pulp. This article aims to present a case of treatment of a molar with endo-perio injury as well as the results achieved over a period of five months.

KEYWORDS: Periodontics, endodontics, endo-perio injury, diagnosis differential.

1. INTRODUÇÃO

A lesão endopério verdadeira é uma patologia que abrange a polpa dental e as estruturas de apoio do dente,

sendo de pouco domínio e determinando-se pela presença de bolsa periodontal e alteração pulpar irreversível, conjuntamente¹. O dente com essa lesão apresenta-se da seguinte forma: despulpado ou com alteração irreversível da polpa dental e destruição da estrutura periodontal de inserção. Sendo assim, é necessário o tratamento periodontal e endodôntico combinado para sua solução².

Na região cervical do dente fica a alça cervical, que é a junção entre o epitélio externo e interno do esmalte. A partir disto, inicia-se a formação da bainha radicular epitelial de Hertwing. Ela se prolifera para a região apical, englobando porções da papila, até ficar apenas uma abertura basal (apical). Essa abertura é chamada de forame apical, principal fonte de entrada e saída para vasos e nervos que estabelece o suprimento para a polpa, sendo então a principal via de comunicação entre polpa e ligamento periodontal³. A comunicação direta entre ambos tecidos também ocorre através de construções anatômicas, tais como: ramificações do canal principal, canal cavo-interadicular, canais laterais, foraminas e túbulos dentinários desprovidos de cimento radicular⁴.

O contato entre a polpa e o ligamento periodontal pode acontecer em casos de reabsorções, tratamentos periodontais, fraturas radiculares e perfurações⁵. Nas perfurações, o prognóstico dependerá da região. Quando acontece no terço médio ou apical da raiz, fica mais difícil o tratamento; entretanto, tem melhor reparo biológico. Já nas perfurações cervicais e no assoalho da câmara pulpar, o acesso é favorecido. No entanto, as condições são propícias à contaminação, resultando em um obstáculo para a cura da patologia⁶.

Um fator muito importante no tratamento da lesão endoperiodontal é o correto diagnóstico. Deve ser feito a partir da anamnese e de técnicas que são geralmente utilizadas, como: exame clínico, exame radiográfico, sondagem diagnóstica, teste de vitalidade e exposição cirúrgica, se necessário. Existem também outras técnicas como: pal-

pação, percussão, exame visual, mobilidade e transluminação de fibra óptica. Apenas um teste não é o suficiente para obter-se um diagnóstico preciso e conclusivo⁷.

Com intuito de simplificar e ajudar em um diagnóstico mais preciso, vários autores propuseram classificações para a lesão endopério. Simon *et al.* classificaram a lesão e tratamento como: periodontal, endodôntica e combinada. Isto engloba:

1. Lesão endodôntica primária
2. Lesão periodontal primária
3. Lesão combinada:
 - a) Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário
 - b) Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário
 - c) Lesões combinadas verdadeiras

1-Lesão endodôntica primária: Esta lesão pode estar associada a uma drenagem e/ou edema. A necrose pulpar pode causar uma fístula, e um mapeamento com cone de guta-percha através o exame radiográfico irá mostrar o trajeto desta fístula, identificando a origem da lesão. O tratamento será apenas endodôntico.

2-Lesão periodontal primária: Neste caso, a periodontite crônica avança para apical pela superfície radicular até chegar ao ápice. O dente apresenta bolsa periodontal e vitalidade pulpar. O tratamento é feito através da terapia periodontal e depende também da cooperação do paciente, ajudando com uma higienização excelente.

3-Lesão combinada:

a) Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário: quando tem-se uma lesão endodôntica e se a mesma não for tratada, com o passar do tempo, há um comprometimento periodontal. Neste caso, faz-se necessário o tratamento de ambas as lesões.

b) Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário: a bolsa periodontal quando não tratada, pode progredir apicalmente, envolvendo os tecidos pulpares. O tratamento envolve a terapia periodontal e endodôntica.

c) Lesões combinadas verdadeira: essas lesões são as que menos ocorrem. Nelas, há envolvimento periodontal e endodôntico, acontecendo concomitantemente⁸.

Mutshelknauss e Guldener classificam as lesões endopério como:

1-Lesão de origem Endodôntica com Envolvimento Periodontal:

a) a lesão da polpa expande pelo forame apical, ou, pelos canais acessórios ou laterais.

b) iatrogênica: por perfuração.

2-Lesão de origem Periodontal com Envolvimento Endodôntico:

a) iatrogênica: quando a terapia periodontal solicitar de hemisseção /apicetomia.

b) infecção pulpar via retrógrada.

3-Lesões combinadas Endo-Perio: os dois problemas

começaram independentemente⁸.

Geurtsen *et al.* classificam de acordo com prognóstico:

1-Lesões combinadas que requerem somente tratamento endodôntico: prognóstico favorável.

2-Lesões combinadas que requerem ambos os tratamentos endodôntico e periodontal: prognóstico menos favorável.

Rateitschak *et al.* classificam o tratamento clínico junto com emprego de membrana:

Classe I: lesão com defeito ósseo no ápice, podendo invadir a córtex vestibular e ou lingual. Portanto, não pode ser medida a lesão periapical através do sulco gengival do dente afetado. Onde a bolsa periodontal não atinge o ápice.

Classe II: lesão apical com envolvimento marginal simultâneo, também conhecido como lesão endodôntico-periodontal combinada. Ampla profundidade de bolsa periodontal ao redor do dente afetado. O tratamento contempla o uso de membrana para a regeneração tecidual guiada.

Classe III: lesão lateral ou de furca, que tem origem de canais acessórios ou de perfuração iatrogênica. Em casos onde acontecer a lesão marginal, poderá ser usada a membrana tecidual guiada para regeneração⁸.

Para auxiliar no diagnóstico, outros testes diferentes dos já citados podem ser feitos. Mas ainda assim, deve-se ter cuidado na interpretação, pois os resultados encontrados podem repercutir em uma leitura tanto de falso-positivo quanto falso-negativo. Uma combinação de diversos métodos de teste pode ser empregada para garantir um correto diagnóstico, especialmente em casos duvidosos. Os testes, quando feitos, devem ser observados comparando-o com os dentes vizinhos e contralaterais. Os testes, em geral, apenas classificam o dente como vital ou não⁹.

Dentes não restaurados ou com mínima restauração, afetados por periodontites, geralmente são testados por estimulação mecânica, térmica e elétrica, com sucesso. Os mais positivos são a “neve” do dióxido de carbono e o spray de diclorodifluorometano na bolinha de algodão. Pode haver resposta também, com menos intensidade, através de bastões de gelo de cloreto de etila e de guta-percha aquecidos. Em casos mais complexos, ainda com dúvida, os testes mecânicos e térmicos devem ser complementados com testes elétricos. Casos com restaurações externas e coroas protéticas são desafios diferentes, já que nenhum dos procedimentos normais de teste é útil, podendo ser refletida uma resposta falso-negativa⁹.

Alguns estudiosos preconizam que a endodontia deva ser feita antes do tratamento periodontal, para benefício da cicatrização. Após a verificação dos resultados clínicos convenientes (redução da profundidade à sondagem e acréscimo da inserção clínica), deve-se iniciar a terapêutica periodontal básica (raspagem supra e subgengival)¹⁰.

Outros tratamentos são propostos na literatura associando procedimentos básicos periodontais, tratamento

endodôntico e nos casos indicados, complementar com cirurgia periodontal. Porém, essa indicação de tratamento pode ser modificada, em caso de dor, onde se inicia com a terapia endodôntica para remissão da dor e a partir daí, a terapia periodontal. Em outros casos, quando sobrecarrega a condição periodontal, postpõe-se a obturação do canal radicular, fazendo trocas de medicação intracanal. Alcançando o reparo periodontal, é finalizado o tratamento endodôntico¹¹.

Nos casos de terapia periodontal e endodôntica concomitantemente, a terapêutica periodontal será feita por sessões de raspagem supragengival, polimento coronário e subgengival com alisamento radicular. Já na terapia endodôntica (o preparo biomecânico apresenta-se como uma das fases mais essenciais no controle dessa infecção) será realizada trocas periódicas de HPG (Hidróxido de Cálcio P.A, Paramonoclorofenol e Glicerina).

O HPG é uma pasta de medicação intracanal com amplo espectro de atividade antimicrobiana, maior atuação e rapidez, quando comparado às pastas de hidróxido de cálcio em veículos inertes. O grande raio de ação pode ser consequência de pouca tensão superficial do Paramonoclorofenol e da solubilidade de lipídios, o que possibilita sua difusibilidade pelo sistema de canais radiculares. Após término da terapia periodontal, a endodôntica será também finalizada. Geralmente, aguardando o resultado, se espera que a parte da lesão causada pela infecção do canal radicular se resolva depois do tratamento endodôntico e a outra parte causada por infecção periodontal seja solucionada após terapêutica periodontal^{7,12,13}.

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de uma lesão endopéριο num molar inferior, onde foi realizado o tratamento endodôntico-periodontal concomitante como preconizado na literatura.

2. RELATO DE CASO

Os Paciente do gênero feminino, 46 anos, hipertensa compensada, compareceu a clínica odontológica da Universidade Severino Sombra de Vassouras, no Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) queixando-se de mobilidade e dor no dente 36. Após exame clínico e radiográfico (Figura 1), foi observada a presença de uma restauração profunda muito próxima aos cornos pulpares, mobilidade grau 2 segundo Kieser¹⁴, lesão de furca classe II de acordo com a classificação de Lindh *et al*¹⁵, sangramento à sondagem, perda de inserção de 2mm na vestibular e 3mm na lingual e profundidade à sondagem de 8mm na mesial e 7mm na lingual. Ao teste à percussão com cabo do espelho, a paciente sentiu dor que persistiu mesmo após remoção do estímulo mecânico. Com os achados clínicos e radiográficos, confirmou-se a presença de uma lesão endopéριο combinada verdadeira, na categoria de Simon *et al.*⁸.



Figura 1. Aspecto radiográfico inicial.

Ao finalizar o exame intra-oral, foi confirmada a necessidade de iniciar uma terapia básica periodontal, visto que a paciente era portadora de peridontite crônica generalizada. No entanto, será descrito apenas a proposta de tratamento do dente 36.

A terapia inicial de controle do biofilme foi realizada procedendo à abertura do canal, instrumentação com irrigação abundante de hipoclorito de sódio a 2%, penetração desinfetante, limpeza do forame e curativo com HPG.

Após sete dias, uma sessão de raspagem supra e subgengival e alisamento radicular foi realizada no referido dente. Realizou-se a troca do curativo após 10 dias, preenchendo novamente o canal com HPG e, completados 28 dias da primeira sessão de raspagem, foi obturado o canal.

Transcorridos 150 dias efetuou-se uma nova avaliação clínica, onde foi verificada redução da mobilidade dentária e apenas uma bolsa residual de 4mm na face lingual. Através da radiografia, pôde ser visto uma neoformação óssea na região de furca (Figura 2). Atualmente, a paciente encontra-se em fase de preservação.



Figura 2. Aspecto radiográfico final.

3. DISCUSSÃO

A conexão entre polpa e periodonto através dos canais acessórios é clara, porém, existem divergências entre os estudos do predomínio desses canais em região de furca e assoalho. Foi confirmado, por meio da tomografia computadorizada, que os dentes analisados não atingiram resultados positivos quanto à presença de canais acessórios¹⁶. Com a técnica da diafanização, encontra-se 2,3% de canais acessórios, nos 1140 dentes estudados, em local de bifurcação e trifurcação de pré-molares e molares¹⁷. Com a utilização da infiltração de corantes e microscopia óptica, encontraram 76% de existência de canais acessórios em região de furca em 195 dentes estudados¹⁸. Porém, com a mesma técnica de infiltração de corantes, verificaram a presença de canais acessórios em 21% dos 200 molares analisados¹⁹. Diante do exposto, confirma-se a necessidade da região do assoalho pulpar ser bem desinfetada durante tratamento endodôntico, para que se possa limpar e selar possíveis canais acessórios e evitar uma futura reinfecção, uma vez que esses canais não são passíveis de serem instrumentados³.

Algumas propostas vêm sendo discutidas na literatura a respeito de tratamento das lesões endopéριο. Pode ser iniciada pela terapia endodôntica e, observada uma redução da profundidade à sondagem e aumento de inserção clínica, conclui-se com a terapia periodontal¹⁰. Porém, há estudo que preconiza que os procedimentos básicos periodontais sejam antecipados ao tratamento endodôntico e, por último, nos casos indicados, realiza-se a cirurgia periodontal. Mas esse raciocínio padrão pode ser modificado quando houver sintomatologia dolorosa, iniciando pela endodontia. Se existir sobrecarga da condição periodontal, pospõe-se a obturação do canal radicular fazendo trocas de medicação intracanal, finalizando o tratamento endodôntico após o reparo periodontal¹¹. No caso clínico descrito, percebeu-se a importância em adequar a paciente em um regime eficaz de controle do biofilme, já que a mesma era portadora de periodontite crônica generalizada. E a obturação do canal foi realizada após verificação da resposta dos tecidos periodontais, tendo sido sinalizada uma melhora clínica já com 28 dias.

4. CONCLUSÃO

A importância do diagnóstico diferencial sobre a origem das lesões endoperiodontais possibilita melhor prognóstico, evitando o avanço da lesão e consequente risco de perda do elemento dentário. Para isso, é necessário um tratamento interdisciplinar entre periodontia e endodontia, na eminência de um resultado relevante. A preservação desses casos nos indicará possíveis propostas de novos tratamentos futuros, visto que a estabilidade do resultado depende do grau de comprometimento da lesão periodontal e de um controle satisfatório da higiene bucal pelo paciente.

REFERÊNCIAS

- [1] Bezerra AC, Santos CC. Tomada de decisão no diagnóstico e terapêutica das lesões endopéριο por endodontistas da cidade de Maceió-2007. *International Journal of dentistry*. 2007; 6(3):80-5.
- [2] Carvalho MGP, Figueiredo JAP, Pagliarin CML, Gardin R, Morgental R, Kaizer M. Lesões endodôntico-periodontais: Diagnóstico diferencial. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino Online*. 2005; 1(2):1-9.
- [3] Anele JÁ, Silva BM, Filho FB, Haragushiku G, Leonardi DP. Prevalência de foraminas e canais acessórios em região de furca e assoalho pulpar e sua influencia na etiologia da lesão endo-periodontal. *Odontol*. 2010; 18(35):106-116.
- [4] Carvalho MGP, Dotto SR, Brondani GC, Pilluski FM, Barin LM, Guarda VM. Tratamento endodôntico na terapêutica de lesão na região de furca: Relato de caso. *Revista de endodontia, pesquisa e ensino online*. 2012; 9(15):1-9.
- [5] Carvalho MGP, Dotto SR, Rocha GC, Brondani GC. Lesão na região de furca em molar inferior. *Revista de endodontia pesquisa e ensino online*. 2012; 9(15):1-9.
- [6] Zaccara IM, D'Assunção FLC, Silva JRS, Santos VC, Dornelas SKL. Tratamento de perfuração complexa de furca: relato de caso. *Braz J Periodontol*. 2014; 1-24(1):54-9.
- [7] Castro ICV, Paraguassú GM, Lino MC, Neto APAV. Lesões edoperiodontais: uma visão contemporânea. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2011; 4(1):73-86.
- [8] Machado SM, Ferrari PHP, Santos M. Classificação, diagnóstico e procedimentos terapêuticos em envolvimento endodôntico-periodontal [monografia]. São Paulo: Curso de Especialização em Endodontia da APCD Santo André. [Acesso 18 maio 2015].
- [9] Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogran; 2010. p.820.
- [10] Silveira JC. Lesões endoperiodontais: uma revisão de literatura [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- [11] Riffel APS. Inter-relação entre periodontia e endodontia [monografia]. Passo Fundo: Faculdade Ingá; 2007.
- [12] Soares, JÁ, César CAS. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. *Pesquisa Odontol Bras*. 2001; 15(2):138-144.
- [13] Lopes HP, Siqueira Jr. JF. *Endodontia: Biologia e técnica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogran; 2010. p.592.
- [14] Filho PR. *Mobilidade Dentária* [monografia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Unicamp; 1992.
- [15] Drulla MC. Considerações sobre a etiologia, classificações e tratamento de dentes com diferentes graus de envolvimento de furca [monografia]. Curitiba: ABO-PR; 2005.
- [16] Nance R, Tyndall D, Levin LG, Trope M. Identification of root canals in molar by tuned-aperture computed tomography. *Int Endod J*. 2000;33(4):392-6.
- [17] De Deus QD. Frequency, location, and direction of the lateral, secondary and accessory canals. *J Endod*. 1975; 1(11):361-6.
- [18] Burch JG, Huller SA. Study of the presence of accessory foramina and the topography of molar furcation. *Oral Surg*. 1974; 38(3):451-5.
- [19] Haznedaroglu F, Ersev H, Odabasi H, Yetkin G. Incidence of patente furcal accessory canals in permanent molars of a turkish population. *Int Endod J*. 2003; 36(12):515-9.