

TRATAMENTO DE LESÃO ENDO-PERIO

TREATMENT OF ENDO-PERIUM INJURY

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL ENDOPERIO

Gabriela Indalécia Queiroz¹

Karina Gonzalez Camara Fernandes²

Lucieni Cristina Trovati Moreti³

Nilton César Pezati Boer⁴

Marcelo Henrique Boer Machado⁵

RESUMO: A lesão endo-perio é uma patologia que envolve o tecido pulpar e periodontal devido sua íntima relação através do forame apical e os canais acessórios, que podem transmitir a infecção pulpar ao tecido periodontal e vice-versa. O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso e o seu tratamento. Paciente compareceu queixando-se de dor e mobilidade nos dentes 36 e 37. O exame radiográfico, observou que um dos dentes apresentava um tratamento endodôntico insatisfatório e o outro tinha uma grande perda de estrutura óssea e mobilidade grau II com profundidade de sondagem de 7mm na região distal. O preparo químico-mecânico foi realizado com o sistema da EasyLogic, acompanhado de irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5% medicação intracanal por 15 dias, raspagem e alisamento radicular com curetas de McCall e Gracey, após esse período não havia mais sintomatologia e ambos dentes foram obturados. O acompanhamento radiográfico foi realizado após 2 anos desse tratamento, mostrando a evolução da formação da lâmina dura e tecido periodontal, obtendo sucesso da terapia.

1778

Palavras-chave: Lesão endo-periodontal. Tratamento endodôntico. Periodontia.

ABSTRACT: The endo-perio lesion is a pathology that involves the pulp and periodontal tissue due to their intimate relationship through the apical foramen and the accessory canals, which can transmit the pulpal infection to the pulp tissue and vice versa. The objective of this work was to present a case report and the endodontic and periodontal treatment of a tooth that was totally compromised by the endo-perio lesion and grade II mobility. Patient came complaining of pain and mobility in teeth 36 and 37. Radiographic examination showed that one of the teeth had an unsatisfactory endodontic treatment and the other had a great loss of bone structure and mobility grade II with probing depth of 7mm in the distal region. The chemical-mechanical preparation was performed using the EasyLogic system and accompanied by abundant 2.5% sodium hypochlorite intracanal medication for 15 days and scaling and root planing with McCall and Gracey curettes,

¹ Discente do curso de odontologia pela Universidade Brasil. E-mail: gabriela.queiroz25@gmail.com

² Mestra em Endodontia São Leopoldo MANDIC. Docente Universidade Brasil

³ Mestre em Imagiologia -São Leopoldo MANDIC.

⁴ Doutor em engenharia biomédica - Universidade Brasil.

⁵ Mestre em Bioengenharia- Universidade Brasil. E-mail: marcelohbmachado@hotmail.com.

after which there were no more symptoms. and both teeth were filled. Radiographic follow-up was performed after 2 years of this treatment, showing the evolution of lamina dura and periodontal tissue formation, with successful therapy.

Keywords: Endo-periodontal lesion. Endodontic treatment. Periodontics.

RESUMEN: La lesión endo-perio es una patología que involucra la pulpa y el tejido periodontal debido a su íntima relación a través del foramen apical y los conductos accesorios, los cuales pueden transmitir la infección pulpar al tejido pulpar y viceversa. El objetivo de este trabajo fue presentar un caso clínico y el tratamiento endodóntico y periodontal de un diente que se encontraba totalmente comprometido por la lesión endo-perio y movilidad grado II. El paciente acudió quejándose de dolor y movilidad en los dientes 36 y 37. El examen radiográfico mostró que uno de los dientes tenía un tratamiento endodóntico insatisfactorio y el otro tenía una gran pérdida de estructura ósea y movilidad grado II con profundidad de sondaje de 7 mm en la región distal. La preparación químico-mecánica se realizó mediante el sistema EasyLogic y se acompañó de abundante medicación intraconducto de hipoclorito de sodio al 2,5% durante 15 días y raspado y alisado radicular con curetas McCall y Gracey, luego de lo cual no hubo más síntomas y se obturaron ambos dientes. Se realizó seguimiento radiográfico a los 2 años de este tratamiento, observándose evolución de la lámina dura y formación de tejido periodontal, con éxito terapéutico.

Palabras clave: Lesión endo-periodontal. Tratamiento endodóntico. Periodoncia.

INTRODUÇÃO

1779

A lesão endo-perio é uma doença que envolve os tecidos periodontais e a polpa que estão intimamente ligados através das vias de comunicação anatômicas tais como: o forame apical, túbulos dentinários, canais laterais e canais acessórios onde pode haver troca de mediadores inflamatórios, toxinas e microrganismos. (Sharma N, et al., 2015; Harrington G, Steinar D e Ammons JW, 2000; Rotstein I e Simon JHS, 2004).

O forame apical e os canais acessórios podem transmitir a infecção pulpar ao tecido periodontal e vice-versa. (Sartori S, Silvestri M e Cattaneo V, 2002).

A causa principal destas lesões é a presença de infecções bacterianas causadas por uma complexa flora microbiana, (Abbott J e Salgado J, 2009) mas outros fatores etiológicos também estão envolvidos e desempenham um papel importante na progressão da lesão, sendo em trauma, fratura vertical da raiz, sulco patologengival, perfurações na raiz e as malformações dentárias. (Sharma N, et al., 2015; Singh P, 2011).

Lesões desse tipo apresentam uma patogenia diferente e pode variar de lesões simples a relativamente complexas. (Singh P, 2011).

Essas doenças têm sua denominação como doenças periodontais primárias, doenças endodônticas primárias e doenças combinadas. (Lopes HP e Siqueira Jr JF, 2015). Classificou-se essas doenças combinadas como: doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário, doença endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, e doenças verdadeiras combinadas.

Os dentes com lesão endo-perio apresentam-se da seguinte forma: alteração irreversível da polpa dentária e destruição da estrutura periodontal de inserção. (Carvalho MGP, 2005). Sendo necessário o tratamento endodôntico dos de canais radiculares de primeira escolha em casos de lesões endodônticas primárias, sendo favorável ao prognóstico. (Kerns DG e Glickman GD, 2011).

O sucesso das terapias periodontal e endodôntica depende da eliminação de ambos os procedimentos da doença do periodonto e da polpa. Isto torna difícil e complexo o seu diagnóstico, pois uma única lesão pode apresentar sinais tanto de envolvimento endodôntico como dos tecidos periodontais. (Al-Fouzan K, 2014).

Portanto, é extremamente importante fazer um diagnóstico correto e um plano de tratamento certo, haja vista que, muitas vezes, se apresenta como um grande desafio para o cirurgião-dentista. (Rashid F, et al., 2013).

2. OBJETIVOS

Objetivo do trabalho, é apresentar um relato de caso envolvendo uma lesão Endo-Perio no dente 36 que após 2 anos de tratamento apresentou regressões expressivas, resultando em um bom prognóstico.

3. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente M.V.L., 40 anos, compareceu ao consultório odontológico queixando-se de dor e um dente com mobilidade. Ao exame clínico e radiográfico, constatamos problemas nos dentes 36 e 37. O primeiro molar (36) tinha uma grande destruição coronal, perda de estrutura óssea (lâmina dura) e mobilidade grau II, profundidade de sondagem com 7mm na região distal. O segundo molar (37), apresentava tratamento endodôntico, porém insatisfatório como podemos notar no RX de diagnóstico. (Figura 1).

Figura 1 - Dentes 36 e 37 comprometidos



Fonte: Autora, 2022.

Iniciamos pela endodontia do 36 por conta de todo comprometimento, foi realizada abertura coronária, descontaminação prévia com gel de clorexidina 2%, junto com o desbridamento foraminal para drenagem de secreção. A instrumentação foi realizada com sistema mecanizado EasyLogic 40.05 em todos os condutos. Irrigação abundante com hipoclorito de sódio 2,5% seguido de EDTA 17%. Ao término da primeira sessão utilizou-se como curativo de demora pasta de frank modificada onde o iodofórmio foi inserido para dar maior radiopacidade. Ao término dessa primeira sessão, realizou-se a raspagem de todo periodonto com curetas de McCall e Gracey.

1781

Já no dente 37 removemos a guta percha com auxílio de ultrassom e limas especiais para retratamento D2 (Dentsply). Durante essa remoção houve a fratura do instrumento no terço apical, fizemos a irrigação da mesma forma como no outro dente, entretanto, curativo de demora optado foi o PMCC (Paramono Clorofenol Canforado). Radiografou-se após o término dessa primeira sessão. (Figura 2).

Figura 2 - Dentes medicados após a primeira sessão, lima fraturada no conduto distal do dente 37



Fonte: Autora, 2022.

Após 15 dias, paciente retornou ao consultório sem sintomatologia em ambos os dentes, removemos os curativos e demos continuidade ao tratamento com irrigação abundante (hipoclorito de sódio 2,5%). Neste momento com auxílio de uma lima #10 kee C-pilot (Dentsply) realizamos a ultrapassagem da lima fraturada do canal distal do dente 37, facilitando assim a sua remoção. Como os sinais e sintomas já haviam regredidos, condutos não drenavam mais conteúdo purulento, optou-se pela obturação de ambos nesta sessão. Cones únicos 40.05 foram utilizados junto com cimento biocerâmico MTA Fillapex (Angelus), ocasionando um puff apical (extravasamento do cimento). Como pode-se notar no RX final (Figura 3).

Figura 3 - RX final de ambos os dentes obturados

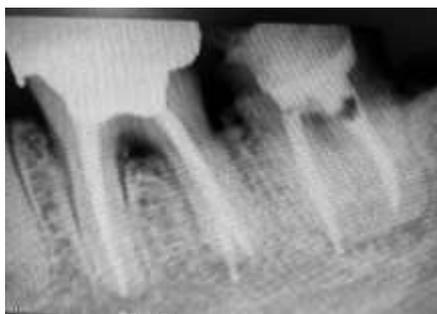


Fonte: Autora, 2022.

1782

Ambos os dentes foram selados e encaminhados para restauração e/ou coroa protética. Dois anos após o tratamento, a paciente retornou ao consultório para uma consulta rotineira, relatou que desde o término do tratamento o dente nunca mais havia dado algum tipo de problema ou incomodo. Realizamos um novo RX de acompanhamento, onde nele pudemos observar a reconstituição de toda lâmina dura ao redor dos dentes. Sendo assim, um sucesso no tratamento. (Figura 4).

Figura 4 - RX após 2 anos de tratamento, reconstrução de toda lâmina dura ao redor das raízes



Fonte: Autora, 2022.

4. DISCUSSÃO

O tecido pulpar e o tecido periodontal se comunicam através de vias anatômicas que são os forames apicais, túbulos dentinários, canais laterais e canais acessórios. (Rotstein I e Simon Jhs, 2004).

As lesões endoperiodontais se evoluam através de uma simples microbiota ou uma complexa flora microbiana que podem estar associados a vírus, bactérias e fungos.⁶ Causando a transmissão de infecção para o tecido pulpar ou periodontal através dos canais acessórios e o forame apical. (Sartori S, Silvestri M e Cattaneo V, 2002).

O mesmo autor afirma que proporcionar um diagnóstico correto das lesões de endoperio é de extrema importância para determinar o tratamento e o prognóstico destas lesões, sendo necessário realizar uma cuidadosa anamnese, exame clínico e o uso de testes especiais para sua eficácia.

O tratamento endodôntico realizado com sucesso ajuda a reduzir a mobilidade do dente envolvido por lesão endo-perio. (Parolia A, et al., 2013).

O tratamento endodôntico sozinho pode ocasionar uma boa recuperação óssea (Solomon C, et al., 1995), porém, o tratamento endodôntico sozinho não influencia na cicatrização completa dos tecidos moles e dos tecidos de suporte, sugerindo uma terapia periodontal que será necessário para a resolução da inflamação dos tecidos e cicatrização através de raspagem em campo aberto e/ou cirurgia regenerativa, polimento coronário e alisamento radicular supragengival e subgengival. (Schmidt JC, et al., 2014).

O uso da medicação intracanal, além de ajudar no controle pós-operatório ele favorece o reparo apical e também atua na biocompatibilidade e na atividade antibacteriana. (Rotstein I e Simon JH, 2006). O EDTA 17% é utilizado para a remoção total da smear layer, logo após, adicionar o hidróxido de cálcio, cuja finalidade atuar a nível biológico, físico e químico. Biologicamente inibe a reabsorção radicular e estimula a cicatrização do tecido duro por volta dos dentes com canais infectados após o trauma. Fisicamente, age como obstáculo, que impede a invasão de bactérias no sistema dos canais. E quimicamente elimina os resíduos de microrganismos. (Parolia A, et al., 2013).

A aplicação de hidróxido de cálcio como curativo de demora é o mais utilizado para a regressão dos sintomas de dor e secreção devido a seu poder anti-inflamatório e antibacteriano. (Jivoinovici R, et al., 2014).

A associação de medicamentos, haja vista que pode produzir efeitos complementares. Combinações com hidróxido de cálcio com outras substâncias antimicrobianas como Paramonoclorofenol Canforado, Clorohexidina ou Iodofórmio acrescentam notavelmente os aspectos antimicrobiano do hidróxido de cálcio. (Siqueira Jr JF, 2001).

A utilização da pasta HPG (Hidróxido de cálcio, Paramonoclorofenol Canforado e Glicerina), afins de atuar na multiplicação dos canalículos dentinários devido ao paramonoclorofenol, sendo considerada uma medicação altamente efetiva, devido sua alta ação por ter baixa tensão. (Lopes HP e Siqueira Jr JF, 2015).

O uso de MTA é extraordinário por conta das suas propriedades físico-química para obturação parcial ou total do conduto radicular através da liberação de íon hidroxila, formando hidróxido de cálcio. (Parirokh M, et al., 2009).

Contrariando a ideia anterior, que o material tem propriedades de baixa solubilidade, resistência a umidade e compressão, adesão a dentina que depende da proporção pó/líquido, presença de ar e temperatura. (Post LK, et al., 2010).

Portanto, um prognóstico eficaz vai variar basicamente pelo tratamento adequado e pela extensão da lesão. (Herrera D, et al., 2018).

CONCLUSÃO

Diante deste relato de caso, pode-se concluir que o tratamento concomitante periodontal e endodôntico, nos mostra um alto índice de sucesso, no quesito pesquisa, vários autores mostraram o poder da cura de certas lesões. Neste caso não foi diferente, após 2 anos teve-se a formação da lâmina dura e tecido periodontal. O principal, a paciente encontra-se bem, sem sintomatologias. Deve-se salientar que novas pesquisas e relatos de casos precisam ser discutidas, a fim de ajudar o C.D. na resolução de casos complexos assim.

REFERÊNCIAS

1. ABBOTT J, SALGADO J. Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal diseases. Australian Dental Journal. Set 2009;54 Supl 1:S70-85.

2. AL-FOUZAN K. A New classification of Endodontic-Periodontal Lesions. *International Journal of Dentistry*, 2014;2014:919173.
3. CARVALHO MGP, et al. Lesões Endodôntico-Periodontais: Diagnóstico Diferencial. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line*. 2005;1(2):1-9.
4. HARRINGTON G, STEINAR D, AMMONS JW. The periodontal=endodontic controversy. *Periodontology*. 2002; 30:123-30. 2000.
5. HERRERA D, et al. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S85-S102.
6. JIVOINOVICI R, et al. Endo-periodontal lesion--endodontic approach. *Journal of 26 Medicine and Life*. 2014 Oct-Dec;7(4):542-4.
7. KERNS DG, GLICKMAN GD. Inter-relações Endodônticas e Periodontais. In: Hargreaves MK, Cohen S. *Caminhos da Polpa*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 598-612.
8. LOPES HP, SIQUEIRA JR JF. *Endodontia - Biologia e Técnica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
9. PARIROKH M, et al. Effect of phosphate buffer saline on coronal leakage of mineral trioxide aggregate. *J Oral Sci*. 2009 Jun;51(2):187-91.
10. PAROLIA A, et al. Endo-perio lesion: A dilemma from 19th until 21st century. *Journal of Interdisciplinary Dentistry*. 2013, 3(1):2-11.
11. POST LK, et al. Gerhardt-Oliveira M. Sealing ability of MTA and amalgam in different root-end preparations and resection bevel angles: An in vitro evaluation using marginal dye leakage. *Brazilian Dental Journal*. 2010, 21(5), 416-419.
12. RASHID F, et al. Endodontic-Periodontal Interrelationship, a Phenomenon Dealt with Dilemma: a Review. *Bangladesh Journal of Dental Research & Education*. 2013, 3(1), 36-44.
13. ROTSTEIN I, SIMON JH. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. *Endodontic Topics*. 2006, 13(1):34-56.
14. ROTSTEIN I, SIMON JHS. Diagnosis, prognosis an decision-Making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Periodontology* 2000, 2004, (34):165-203.
15. SARTORI S, SILVESTRI M, CATTANEO V. Endoperiodontal lesion. A case report. *Journal clinic Periodontology*. 2002 Aug;29(8):781-3.

16. SCHMIDT JC, et al. Treatment of periodontal-endodontic lesions - A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*. 2014 Aug;41(8):779-90.
17. SHARMA N, et al. Endo - Perio Lesions: A Diagnostic Dilemma. *I J Pre Clin Dent Res* 2015;2(4):41-44.
18. SINGH P. Endo-perio dilemma: a brief review. *Dental Research Journal*. 2011;8(1):39-47.
19. SIQUEIRA JR JF. Strategies to Treat Infected Root Canals. *Journal of the California Dental Association*. 2001 Dec;29(12):825-37.
20. SOLOMON C, et al. The endodontic-periodontal lesion: a rational approach to treatment. *Journal of the American Dental Association*, 1995, 126(4): 473-479.