

CLASSIFICAÇÃO E ABORDAGEM DE TRATAMENTO PARA LESÕES ENDODÔNTICAS-PERIODONTAIS

CLASSIFICATION AND TREATMENT APPROACH FOR ENDODONTIC- PERIODONTAL LESIONS

CLASIFICACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS LESIONES ENDODÓNCICAS-PERIODONTALES

Maria Fernanda Marques Barbosa¹

Oswaldo Biondi Filho²

Ricardo Salgado de Souza³

Juliana Bellini Pereira da Silva⁴

Elcio Magdalena Giovani⁵

Patrícia Fernanda Roesler Bertolini⁶

RESUMO: Quadros inflamatórios e infecciosos que afetam os tecidos pulpar e periodontal concomitantemente são denominados lesões endodônticas-periodontais, e podem ser iniciadas em um desses tecidos, e ao progredir envolve o outro, ou podem originar-se independentemente, e devido a sua evolução ocorre sua interligação. Características anatômicas radiculares, e vias não fisiológicas permitem a comunicação destes tecidos, o que determina troca de contaminantes. Esse artigo buscou revisar a literatura caracterizando diferentes classificações e abordagem para o tratamento das lesões endodônticas-periodontais. Usou-se descritores em inglês e português para consultar as bases de dados, e 30 artigos entre 2020 a 2025 foram selecionados. Ao longo dos anos várias classificações foram idealizadas, porém, a proposta por Simon ainda é a mais utilizada por associar etiologia pelos tecidos afetados. Durante o Workshop Mundial de 2017 foi proposta classificação que leva em consideração o estado atual da doença. Apesar de diferentes classificações, para diagnóstico das lesões endodônticas-periodontais associa-se anamnese com teste de vitalidade pulpar, características da sondagem periodontal e avaliação radiográfica. Seu tratamento é iniciado pela Endodontia, e a terapia periodontal pode ou não ser realizada dependendo das características de reparo tecidual. Portanto, o sucesso de seu tratamento depende do diagnóstico e sequência terapêutica adequados.

Palavras-chave: Teste da Polpa Dentária. Necrose da Polpa Dentária. Pulpite. Reabsorção Óssea. Bolsa Periodontal.

¹Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

²Docente do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

³Docente do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

⁴Docente do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

⁵Coordenador Geral do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

⁶Docente do curso de Odontologia da Universidade Paulista.

ABSTRACT: Inflammatory and infectious conditions affecting both the pulp and periodontal tissues simultaneously are called endodontic-periodontal lesions. They can originate in one of these tissues and, as they progress, involve the other, or they can originate independently and, due to their evolution, become interconnected. Root anatomical characteristics and non-physiological pathways allow communication between these tissues, leading to the exchange of contaminants. This article aimed to review the literature characterizing different classifications and approaches for the treatment of endodontic-periodontal lesions. English and Portuguese descriptors were used to search databases, and 30 articles published between 2020 and 2025 were selected. Over the years, several classifications have been developed; however, the one proposed by Simon is still the most widely used because it associates etiology with the affected tissues. During the 2017 World Workshop, a classification was proposed that takes into account the current state of the disease. Despite different classifications, the diagnosis of endodontic-periodontal lesions involves a medical history combined with pulp vitality testing, periodontal probing characteristics, and radiographic evaluation. Treatment begins with endodontics, and periodontal therapy may or may not be performed depending on the characteristics of tissue repair. Therefore, the success of treatment depends on proper diagnosis and therapeutic sequence.

Keywords: Dental Pulp Test. Dental Pulp Necrosis. Pulpitis. Bone Reabsorption. Periodontal Pocket.

RESUMEN: Afecciones inflamatorias e infecciosas que afectan simultáneamente a pulpa y tejidos periodontales se denominan lesiones endodóncico-periodontales. Pueden originarse en uno de estos tejidos y, medida que progresan, afectar al otro, o pueden originarse de forma independiente y, debido a su evolución, interconectarse. Características anatómicas de raíz y vías no fisiológicas permiten comunicación entre estos tejidos, que conlleva el intercambio de contaminantes. Este artículo tuvo como objetivo revisar la literatura que caracteriza las diferentes clasificaciones y enfoques para el tratamiento de lesiones endodóncico-periodontales. Se utilizaron descriptores en inglés y portugués para búsqueda en bases de datos, y se seleccionaron 30 artículos publicados entre 2020 y 2025. A largo de años, se han desarrollado varias clasificaciones; sin embargo, propuesta por Simon sigue siendo más utilizada porque asocia etiología con tejidos afectados. Durante Taller Mundial de 2017, se propuso clasificación que tiene en cuenta estado actual de enfermedad. A pesar de distintas clasificaciones, diagnóstico de lesiones endodóncico-periodontales implica historia clínica, evaluación de vitalidad pulpar, análisis de características del sondaje periodontal y evaluación radiográfica. Tratamiento comienza con endodoncia, y terapia periodontal puede o no realizarse según características de reparación tisular. Por tanto, éxito del tratamiento depende de diagnóstico y secuencia terapéutica adecuados.

Palabras clave: Prueba de la Pulpa Dental. Necrosis de la Pulpa Dental. Pulpitis. Resorción Ósea. Bolsa Periodontal.

1. INTRODUÇÃO

A lesão endodôntica-periodontal é caracterizada por um processo infeccioso e inflamatório que envolve simultaneamente os tecidos pulpar e periodontal. Essa condição pode ter origem em qualquer um dos dois tecidos, estendendo-se secundariamente ao outro, ou manifestar-se como lesões distintas que acabam se comunicando devido a progressão de ambas (NEGRINI GB, et al., 2025).

Segundo Borges ECC e Maziero LFM (2021), vias de comunicação anatômica entre polpa e periodonto consideradas fisiológicas englobam canais laterais e acessórios, túbulos dentinários e forame apical, são fundamentais para ocorrência da troca de contaminantes e mediadores inflamatórios nas lesões endodônticas-periodontais.

Güneç HG, et al. (2023) analisaram a prevalência e as características radiográficas das lesões endodônticas-periodontais com base na Classificação das Doenças Periodontais e Peri-implantares de 2017, identificando 148 casos de lesões em 468 radiografias, o que corresponde a 31,6% da amostra avaliada.

Diferentes classificações foram propostas na tentativa de facilitar o diagnóstico e a indicação do tratamento para as lesões endodônticas-periodontais. Negrini GB, et al. (2025) descreveram a classificação de Simon e colaboradores, proposta em 1972, que categorizaram as lesões endodônticas-periodontais em cinco, baseados na origem da doença e a sua relação com os tecidos afetados para orientação do seu diagnóstico e tratamento.

Segundo Keerthika R e Nivedhitha MS (2021), o “Workshop” Mundial de 1999 revisou a classificação das lesões endodônticas-periodontais, considerando apenas lesões em que havia comunicação entre polpa e periodonto, determinando sua origem, e seu tratamento enfatizava que fosse feita a descontaminação endodôntica inicialmente, independente da origem da lesão.

A proposta feita no “Workshop” Mundial de 2017 determina o diagnóstico e prognóstico das lesões endodônticas-periodontais pela observação do estado atual da doença associada a presença ou ausência de dano radicular. As lesões sem dano radicular caracterizam a presença ou ausência de periodontite, e sua classificação em grau I, II e III está de acordo com a morfologia da bolsa periodontal existente, englobando sua profundidade e número de faces do elemento dental envolvidas (GUNEÇ HG, et al., 2023; RUETTERS M, et al., 2021; SARI ET e ALTINDAL D, 2025).

Dentre os parâmetros clínicos observados, a análise da vitalidade pulpar associada às lesões endodônticas-periodontais devido à contaminação proveniente da periodontite pode

apresentar pulpíte ou necrose. Já quando não há periodontite, mas, envolvimento endodôntico, a falta de integridade dental e teste de vitalidade negativo auxiliam no seu diagnóstico diferencial (ZANELLA D, et al., 2022).

Outro aspecto a ser avaliado envolve o aumento da profundidade de sondagem, que caracteriza existência de bolsa, que em casos de periodontite apresenta biofilme bacteriano, com morfologia ampla, e pode acometer várias faces de pelo menos dois dentes não adjacentes. Enquanto, lesões endodônticas-periodontais de origem endodôntica, ou sem periodontite, apresentam bolsa profunda, estreita e isolada, atuando como via de drenagem no periodonto em casos de alterações endodônticas por necrose pulpar (ZANELLA D, et al., 2022).

A abordagem do tratamento depende do conhecimento profissional, sua especialidade e as características das lesões endodônticas-periodontais. Seu tratamento objetiva o controle do processo infeccioso, buscando a preservação do elemento dental, e quando há dano radicular avalia-se a possibilidade de eliminá-lo por vedamento, exposição da superfície radicular para restauração, ou sua eliminação por amputação radicular, e, em casos de prognóstico desfavorável em associação com a terapia de reabilitação, a exodontia é considerada. Em casos de ausência de dano radicular, seu tratamento é iniciado pela terapia endodôntica, e após avaliação do reparo tecidual, indica-se o tratamento periodontal, ou não (BERTOLINI PFR, et al., 2025).

4

Esse artigo buscou revisar a literatura caracterizando diferentes classificações e abordagem para o tratamento das lesões endodônticas-periodontais.

2. METODOLOGIA

Foram consultadas as bases de dados Scielo, PubMed, Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave em português e inglês *Teste da Polpa Dentária/ Dental Pulp Test*, *Bolsa Periodontal/ Periodontal Pocket*, *Necrose da Polpa Dentária/ Dental Pulp Necrosis*, *Pulpíte/ Pulpitis*.

Foram selecionados 28 artigos para a realização desta revisão de literatura abordando a classificação e abordagem de tratamento para lesões endodônticas-periodontais, sendo 11 em português e 17 em inglês, publicados entre 2012 e 2025, considerados importantes e essenciais para a construção do raciocínio deste trabalho.

3.DESENVOLVIMENTO

3.1 A importância das vias de comunicação fisiológica e patológicas para contaminação no estabelecimento das lesões endodônticas-periodontais

A origem embrionária ectomesenquimal do periodonto e tecido pulpar faz com que estes tecidos apresentem características biológicas semelhantes, como tecido conjuntivo frouxo, fibras colágenas e reticulares, células mesenquimais indiferenciadas e fibroblastos, além de vasos sanguíneos e nervos (LOPES DS, et al., 2021).

A comunicação entre a polpa e periodonto ocorre por meio de diferentes vias de comunicação anatômicas, ou fisiológicas, como canais laterais e acessórios, forame apical, delta apical, túbulos dentinários expostos e canais presentes no soalho da câmara pulpar, ou no teto da furca (ALSHARIF SB, et al., 2023).

O forame apical constitui a principal via de comunicação entre a polpa e o periodonto, permitindo que bactérias, toxinas e mediadores inflamatórios se disseminem facilmente aos tecidos periapicais (LOPES DS, et al., 2021).

Essas vias anatômicas de comunicação passam por modificações desde a formação da raiz, influenciadas por mecanismos fisiológicos relacionados ao envelhecimento, que levam à diminuição do diâmetro do forame apical e seu desvio em relação ao longo eixo radicular pela deposição de cimento. Paralelamente, o número de canais acessórios tende a reduzir e a dentina radicular torna-se menos permeável pela oclusão gradual de seus túbulos devido à deposição de dentina esclerótica, sobretudo em seu terço apical (AHMED HMA, 2012).

Além das conexões anatômicas normais, existe a possibilidade de comunicação entre a polpa e o periodonto por vias patológicas, que inclui fraturas, trincas, danos iatrogênicos decorrentes de procedimentos endodônticos ou protéticos mal executados, resultando em perfurações ou reabsorções radiculares, ou ainda de procedimentos periodontais desnecessários que resultam na perda de cimento com consequente exposição dentinária (AL-SIBASSI A, et al., 2025; BORGES ECC e MAZIERO LFM, 2021).

Estas vias de comunicação fisiológicas e patológicas permitem que haja troca de contaminantes, e a semelhança do ambiente anaeróbico presente tanto no sistema de canais radiculares quanto nas bolsas periodontais favorece a adaptação de espécies que os colonizam simultaneamente (GONÇALVES GSY, et al., 2020; TRENTIN MS, et al., 2024).

Patógenos periodontais pertencentes aos complexos vermelho e laranja, como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella* e *Treponema*

denticola foram encontrados em casos de infecções em canais radiculares. De forma semelhante, microrganismos frequentemente isolados em infecções endodônticas, como *Enterococcus faecalis*, espécies de *Dialister*, *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella*, além de *Actinomyces* e espécies de *Streptococcus* também foram identificados em bolsas periodontais. Assim como *Filifactor alocis*, *Pseudoramibacter alactolyticus* são associadas com insucessos endodônticos (BERTOLINI PFR, et al., 2025; CHEN B, et al., 2024).

3.2 Aplicação das diferentes classificações no diagnóstico diferencial das lesões endodônticas-periodontais observando parâmetros clínicos

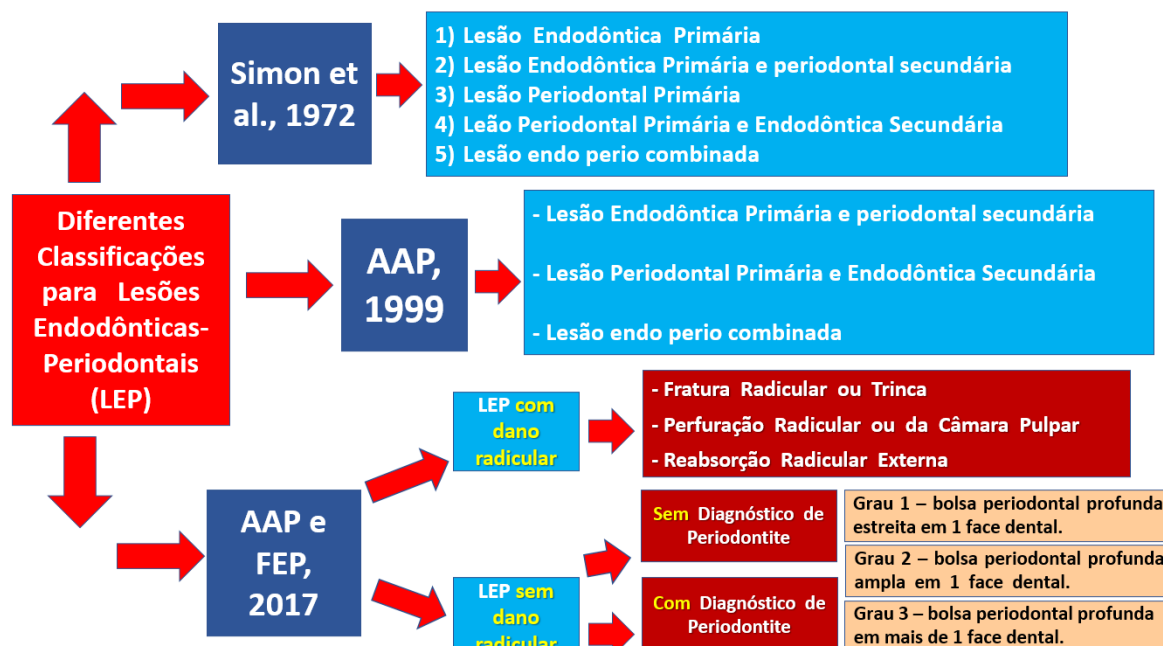
A relação entre alterações pulpar e periodontal foi descrita pela primeira vez em 1964, por Simring e Goldberg empregando a terminologia “periodontite retrógrada” para caracterizar a condição em que a alteração no periodonto tem início pela contaminação proveniente do tecido pulpar devido a um quadro de necrose que afeta o periápice e usa o periodonto como via de drenagem, seguindo em direção ao tecido gengival, onde a ocorrência do envolvimento pulpar inicial pelo comprometimento da polpa coronária permite diferenciá-la da periodontite de origem marginal (PAMEI LT e PANDEY R, 2025).

Negrini GB, et al. (2025) citaram que lesões endodônticas-periodontais originadas de infecções pulpares envolvem o periodonto devido a quadro de necrose decorrente de cárie, ou trauma coronário, enquanto, a contaminação existente na periodontite atinge o tecido pulpar ao longo da superfície radicular, podendo levar a quadros de necrose ou alteração na resposta do teste de vitalidade.

É importante para o diagnóstico das lesões endodônticas-periodontais associar anamnese detalhada, exame clínico e radiográfico. Devem ser investigados resposta ao teste de vitalidade pulpar, sensibilidade à palpação e percussão, associação do aumento da mobilidade dental ou presença de lesão de furca com perda de inserção periodontal compatível, além de outros parâmetros periodontais relacionados com sangramento ou supuração à sondagem periodontal, e a presença de biofilme bacteriano associado às bolsas periodontais e suas características de profundidade e sua extensão em direção ao ápice (ALSHAWWA H, et al., 2020; DURMAZPINAR PM, et al., 2024; TIETMANN C, et al., 2023; TRAVASSOS RMC, et al., 2022).

A Figura 1. caracteriza as principais classificações propostas para as lesões endodônticas-periodontais ao longo dos anos tanto na especialidade Endodontia quanto na Periodontia.

Figura 1 - Caracterização de diferentes classificações para lesões endodônticas-periodontais



Fonte: Adaptado de Al-Sibassi A, et al. e Chen B, et al.

Nas lesões endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário, caracterizadas tanto na classificação de Simon e colaboradores, em 1972, quanto pela classificação da AAP de 1999, a contaminação endodôntica ocorre a partir da polpa coronária que alcança a polpa radicular. Esta contaminação ocorre por cárie, traumas ou restaurações profundas com infiltração ou sem forramento do complexo dentino-pulpar adequado. A evolução deste quadro leva à necrose pulpar, cujas alterações envolvem os tecidos periapicais, e consequentemente o periodonto (CORRÊA JV, et al., 2023; DUNLAP CA, et al., 2022; KEERTHIKA R e NIVEDHITHA MS, 2021; RUETTERS M, et al., 2021).

Clinicamente, além do comprometimento da coroa dental, teste de vitalidade negativo, observa-se presença de bolsa periodontal profunda e localizada, sem associação com biofilme bacteriano, que se estende do ápice em direção ao periodonto atuando como via de drenagem, e na sua ausência pode-se observar presença de fístula, ou edema difuso interpretados erroneamente como abscesso periodontal. Estas características podem ser associadas na classificação proposta em 2017, com diagnóstico de lesão endo-perio sem dano radicular sem periodontite, e as características de bolsa estreita e profunda indicam o grau 1 (CORRÊA JV, et al., 2023; DUNLAP CA, et al., 2022; KEERTHIKA R e NIVEDHITHA MS, 2021; RUETTERS M, et al., 2021).

Quando há envolvimento periodontal primário e envolvimento endodôntico secundário alterações na vitalidade pulpar estão presentes, podendo ocorrer pulpíte ou necrose. Para a caracterização da periodontite há ocorrência de perda de inserção em pelo menos dois dentes não adjacentes, associada ao fator etiológico local biofilme bacteriano disbiótico, e fatores para sua retenção como depósitos de cálculo, estão presentes bolsas que afetam outros elementos dentais, amplas e profundas alcançando a via de comunicação anatômica com o endodonto. Estes parâmetros clínicos determinam para a classificação de 2017 lesões endodônticas-periodontais sem dano radicular, com periodontite, onde o grau pode variar em 2 ou 3, dependendo da morfologia da bolsa periodontal (MOURA JA, et al., 2022; OKTAWATI S, et al., 2020; RUETTERS M, et al., 2021).

A lesão combinada verdadeira envolve simultaneamente lesões endodônticas e periodontais que se desenvolvem de forma independente, e se encontram em algum momento devido à progressão de cada patologia. Os dentes envolvidos podem apresentar cáries extensas ou restaurações profundas, sem forramento adequado, com infiltração, refletindo resultado negativo ao teste de vitalidade pulpar. A sondagem periodontal revela bolsa profunda associada ao biofilme bacteriano disbiótico, com sangramento, podendo haver exsudato purulento ou ainda resposta positiva à percussão, quadros agudos de abscessos podem estar presentes se a via de drenagem pelo periodonto for eliminada. Estes parâmetros clínicos caracterizam em 2017, a classificação de lesões endodônticas-periodontais sem dano radicular, com periodontite com seu grau variando entre 2 ou 3 (MOURA JA, et al., 2022; OKTAWATI S, et al., 2020, RUETTERS M, et al., 2021).

Lesões endodônticas-periodontais com danos radiculares, classificadas em 2017, são geralmente relacionadas a fatores traumáticos e/ou iatrogênicos, como fraturas ou trincas radiculares, perfurações da câmara pulpar ou ao longo da raiz, e reabsorções radiculares externas. Nas classificações de 1972 e de 1999, os danos radiculares eram utilizados para diagnóstico diferencial, não sendo considerados como lesões endodônticas-periodontais (BERTOLINI PFR, et al., 2025; SARI ET e ALTINDAL D, 2025).

As características radiográficas sugerem para lesões endodônticas-periodontais com envolvimento endodôntico primário e envolvimento periodontal secundário, ou sem dano radicular e sem periodontite, comprometimento da câmara pulpar por destruição, com aumento do espaço pericementário, ou radiolucidez apical que se estende lateralmente ao longo da raiz (OKTAWATI S, et al., 2020; ZANELLA D, et al., 2022).

Para casos de lesões com envolvimento periodontal primários e envolvimento endodôntico secundário, ou lesões endodônticas-periodontais sem dano radicular, com periodontite, a reabsorção óssea ocorre a partir do periodonto marginal, com padrão horizontal ou vertical, podendo envolver a área de furca acompanhando a crista óssea alveolar, onde a via de comunicação entre o periodonto e a polpa se dá por canais laterais ou forame apical. Enquanto, lesão endodôntica-periodontal verdadeira combinada, os exames radiográficos revelam lesão perirradicular acompanhada de defeito ósseo irregular, que se estende verticalmente ao longo do eixo do dente até a crista óssea na porção cervical da raiz (OKTAWATI S, et al., 2020; ZANELLA D, et al., 2022).

Achados radiográficos associados com contaminação endodôntica, ou presença de danos radiculares podem sugerir reabsorção óssea localizada na região apical evoluindo ao longo da raiz, ou área de furca, com formato de “J” invertido. O formato em “U” sem comprometimento da crista óssea marginal, também pode ser associado às alterações de origem endodôntica (BERTOLINI PFR, et al., 2025; OKTAWATI S, et al., 2020).

3.3 Sequência de Tratamento das lesões endodônticas-periodontais e seu prognóstico

Não existe um protocolo clínico padronizado para orientar os profissionais no manejo desses casos. As abordagens endodôntica e periodontal devem ser realizadas de forma associada, priorizando sempre a Endodontia, a fim de minimizar desgastes desnecessários do cimento radicular (GARCÍA-TUÑÓN-PÉREZ P, et al., 2024).

A descontaminação supragengival pode ser realizada previamente ao tratamento endodôntico, preparando o ambiente bucal para os procedimentos subsequentes. Após o reparo da maior extensão possível de tecido, por meio da obturação do sistema de canais radiculares, e com o início da regressão das lesões periapicais, o clínico poderá indicar a terapia periodontal, que pode variar entre uma abordagem conservadora ou mais radical (TRAVASSOS RMC, et al., 2022).

O tratamento endodôntico satisfatório elimina a infecção pulpar, ou a dor proveniente dos quadros de pulpite, além de favorecer a cicatrização dos tecidos do periápice. Tenta paralisar a progressão de reabsorção interna em dentes acometidos por lesões endodônticas-periodontais com dano radicular, visando reduzir o risco de fraturas radiculares e indicação de exodontia (CHEN B, et al., 2024).

A reavaliação da cicatrização endodôntica antes da realização da terapia periodontal, seja ela cirúrgica ou não, é considerada uma etapa fundamental no manejo das lesões endodônticas-periodontais, pois, permite avaliar a resposta inicial ao tratamento e definir a necessidade de intervenções complementares. O intervalo de 3 a 6 meses entre as terapias foi frequentemente observado (TAKAHASHI K, et al., 2022).

A classificação proposta em 2017 caracteriza o prognóstico para as lesões endodônticas-periodontais como desesperançado, ruim ou favorável. Sua determinação baseia-se na presença ou ausência de dano radicular, a existência de periodontite e a extensão da perda de inserção, características anatômicas dentais, e necessidade de reabilitação protética (SOUZA YS, et al., 2025).

Para dentes afetados por lesões endodônticas-periodontais sem dano radicular e com destruição periodontal severa, o desfecho clínico depende, em grande parte, da efetividade da terapia periodontal, e instituição de terapia de suporte adequada. Na persistência de profundidade de sondagem aumentada com controle do biofilme bacteriano supragengival adequado, acesso cirúrgico para instrumentação periodontal deve ser considerado (CHEN B, et al., 2024).

Nos casos de lesões endodônticas-periodontais com dano radicular limitado em dentes multirradiculares, técnicas cirúrgicas como amputação radicular para remoção da raiz afetada, preserva a coroa e a inserção das raízes remanescentes mantendo a função dental. Os danos radiculares que indicam este procedimento são associados com fratura vertical, fratura horizontal ou perfuração, enquanto, as raízes remanescentes estão íntegras e podem ser submetidas ao tratamento endodôntico. Cirurgia parendodôntica e para reparo da superfície radicular também podem ser indicadas, quando houver envolvimento do terço apical com inserção periodontal favorável ou ao longo da raiz, respectivamente (CHEN B, et al., 2024).

4.DISSCUSSÃO

De acordo com Moura JA, et al. (2022), as lesões endodônticas-periodontais são diagnosticadas como condições em que há interrelação entre a polpa e o periodonto. Em concordância, Negrini GB, et al. (2025) afirmaram que as lesões endodônticas-periodontais podem ser originadas em qualquer um destes tecidos, envolvendo secundariamente o outro, ou serem iniciadas como patologias endodôntica e periodontal distintas, que se comunicam pela progressão de ambas.

Vias de comunicação permitem passagem de microrganismos e mediadores inflamatórios entre endodonto e periodonto. Alsharif SB, et al. (2023) caracterizaram os canais laterais, túbulos dentinários e o forame apical como vias de comunicação anatômicas fisiológicas, enquanto, Borges ECC e Maziero LFM (2021) e Al-Sibassi A, et al. (2025) apontaram as vias patológicas relacionadas com fraturas, trincas, perfurações, reabsorções radiculares, ou a exposição dentinária causada pela remoção de cimento na instrumentação periodontal.

Para Moura JA, et al. (2022), essas vias evidenciaram a conexão anatômica e funcional entre estes tecidos, enquanto para Chen B, et al. (2024), essas vias permitem que espécies presentes na microbiota endodôntica sejam encontradas também em bolsas periodontais e vice-versa, caracterizando lesões com microbiota mista.

Tietmann C, et al. (2023) e Alshawwa H, et al. (2020), em concordância, ressaltaram que para o diagnóstico de lesões endodônticas-periodontais é importante que se faça além da anamnese detalhada, uma avaliação integrada de parâmetros clínicos e radiográficos, na presença de bolsas profundas sua associação ou não com a presença de biofilme, ocorrência de perda de inserção periodontal ao longo da superfície radicular alcançando vias de comunicação anatômicas ou sua ocorrência a partir de danos radiculares.

11

Em concordância, Negrini GB, et al. (2025) sugeriram para casos de suspeita de lesões endodônticas-periodontais com dano radicular durante a anamnese caracterizar ocorrência de condições associadas a traumas e tratamentos endodônticos, preparo para retentor intrarradicular e clareamento interno.

Enquanto, Oktawati S, et al. (2020) e Keerthika R e Nivedhitha MS (2021) enfatizaram que na presença de alteração da vitalidade pulpar deve ser observado se esta condição está associada ou não a destruição coronária, ou ainda associada com perda de inserção periodontal e presença de bolsa profunda, como também as respostas aos testes de percussão e ocorrência de mobilidade dental para estabelecer o diagnóstico diferencial entre lesões endodônticas-periodontais de processos de origem endodôntica ou periodontal.

Já Bertolini PFR, et al. (2025) e Dunlap CA, et al. (2022) observaram que exames de imagem podem sugerir características específicas de reabsorção óssea em lesões endodônticas-periodontais sem dano radicular e sem periodontite ou para lesões endodônticas-periodontais com dano radicular abrangendo a região apical com evolução ao longo da raiz, ou área de furca, com formato de “J” invertido, ou em formato de “U”. Enquanto, em lesões endodônticas-

periodontais sem dano radicular, com periodontite, a reabsorção óssea inicia-se pela crista alveolar em sentido apical com características horizontal ou vertical.

Para Chen B, et al. (2024), ao longo dos anos várias classificações foram propostas para auxiliar no diagnóstico das lesões endodônticas-periodontais. As classificações de 1972 e 1999 observavam aspectos relacionados à origem do processo patológico, vias anatômicas para sua disseminação, possibilidades para seu tratamento e prognóstico. Em contrapartida, Ruetters M, et al. (2021) afirmaram que ao incluírem na classificação de 2017 danos radiculares determinaram fatores importantes para estabelecer prognóstico e escolha do tratamento mais adequado.

A classificação apresentada em 1999 agrupou todas as lesões endodônticas-periodontais na categoria “Periodontite associada à lesão endodôntica”, sem diferenciar casos com ou sem periodontite, porém, a associava com condições endodônticas. Já na classificação de 2017, apesar de serem denominadas de lesões endodônticas-periodontais, alterações associadas com endodontia não são explicitadas (BERTOLINI PFR, et al., 2025; NEGRINI GB, et al., 2025)

Enquanto, a classificação de 1972 sugeria que a origem da lesão determinava a sequência de tratamento, a de 1999 estabeleceu que a terapia endodôntica deveria iniciar o tratamento das lesões endodônticas-periodontais (DURMAZPINAR PM, et al., 2024).

Em relação às condutas terapêuticas, Travassos RMC et al. (2022) determinaram que o tratamento deve iniciar pelo controle da infecção endodôntica, para evitar a progressão das lesões endodônticas-periodontais e promover a cicatrização dos tecidos periapicais. Em concordância, Takahashi K et al. (2022) sugeriram que após estabilização da condição endodôntica, deve-se reavaliar o caso para observar a necessidade de instituir o tratamento periodontal. Porém, o intervalo de tempo para esta reavaliação entre as terapias ainda é citado como variável.

Souza YS, et al. (2025) e Chen B, et al. (2024) concordaram que a classificação proposta em 2017 ao considerar que fatores relacionados a dano radicular, presença de bolsas profundas e perda de inserção associada a periodontite influenciam na expectativa de sucesso a longo prazo, devendo ser observados para permitir o estabelecimento do prognóstico para as lesões endodônticas-periodontais com maior abrangência, além de reforçarem a necessidade de colocar o paciente em um programa de manutenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lesões endodônticas-periodontais são influenciadas pela complexa relação entre os tecidos periodontais e pulpar, determinando sua origem a partir de processos endodônticos, periodontais, ou pela interação de ambos.

Várias classificações foram desenvolvidas ao longo dos anos buscando abranger todos os aspectos envolvidos em sua etiologia, características clínicas e radiográficas, como também caracterizar a integridade da superfície radicular, e com isso, facilitar seu diagnóstico, orientar abordagem terapêutica e auxiliar no estabelecimento de seu prognóstico.

O tratamento para casos em que não há dano radicular deve ser iniciado pela terapia endodôntica, seguida da intervenção periodontal quando a profundidade de sondagem aumentada persistir devido ao quadro de periodontite inicial. Na presença de dano radicular deve-se avaliar a possibilidade de sua eliminação por selamento, exposição na cavidade bucal, e no caso de dentes multirradiculares remover a raiz afetada.

Prognóstico das lesões endodônticas periodontais baseia-se na localização do dano radicular, e na sua ausência observa-se a possibilidade de executar o tratamento endodôntico, inserção periodontal, necessidade de reabilitação protética, e a adesão do paciente a reavaliações periódicas para terapia de manutenção garantindo seu resultado a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. AHMED HMA. Different perspectives in understanding the pulp and periodontal intercommunications with a new proposed classification for endo-perio lesions. *Endo*, 2012; 6(2): 87-104.
2. AL-SIBASSI A, et al. Management of the endodontic-periodontal lesion. *British Dental Journal*, 2025; 238(7): 536-544.
3. ALSHARIF SB, et al. Endo-perio relationship knowledge, understanding, and confidence among dentists. *Advances in Medical Education and Practice*, 2023; 14: 195-201.
4. ALSHAWWA H, et al. Successful management of a tooth with endodontic-periodontal lesion: a case report. *World Journal of Clinical Cases*, 2020; 8(20): 5049-5056.
5. BERTOLINI PFR, et al. Lesão endo-perio com dano radicular: diagnóstico, prognóstico e tratamento. Relato de caso. *Journal of the Health Sciences Institute*, 2025; 43(3): 192-195.
6. BERTOLINI PFR, et al. Lesões endo-perio: classificação, diagnóstico, tratamento e prognóstico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2025; 25(9): e21499.

7. BORGES ECC, MAZIERO LFM. Lesões endoperiodontais: classificação e diagnóstico. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde*, 2021; 7(2): 57-63.
8. CHEN B, et al. Expert consensus on the diagnosis and therapy of endo-periodontal lesions. *International Journal of Oral Science*, 2024; 16(1): 55.
9. CORRÊA JV, et al. Lesão endoperiodontal. *Revista Científica Multidisciplinar da UniSãoJosé*, 2023; 19(1): 406-419.
10. DUNLAP CA, et al. Diagnosis of endodontic-periodontal lesions. *Decisions in Dentistry*, 2022; 8(4): 8-10.
11. DURMAZPINAR PM, et al. Endo-perio lesions and dentists' treatment approach: a survey. *Medical Science Monitor*, 2024; 30: e94254.
12. GARCÍA-TUÑÓN-PÉREZ P, et al. Endoperiodontal lesions: diagnosis first, then treatment and not always tooth extraction: a cross-sectional survey in Spain and a proposal of a clinical treatment protocol. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 2024; 16(1): e32-e41.
13. GONÇALVES GSY, et al. Tratar ou extrair? Tratamento de lesão endoperiodonta, um relato de caso clínico. *Archives of Health Investigation*, 2020; 9(6): 535-540.
14. GÜNEÇ HG, et al. Retrospective evaluation of the prevalence of endodontic periodontal lesions on panoramic images in the latest classification of periodontal and peri-implant diseases. *Journal of Health Science and Medicine*, 2023; 6(4): 737-744.
15. KEERTHIKA R, NIVEDHITHA MS. Endodontic periodontal lesion diagnosis and treatment decision analysis. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2021; 9(2): 140-145.
16. LOPES DS, et al. Diagnóstico diferencial e tratamento de lesão endo-periodontal. *Revista Eletrônica Acervo Odontológico*, 2021; 3: e9228.
17. MOURA JA, et al. Diagnóstico e tratamento de lesão endo-periodontal: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 2022; 11(8): e9211830559.
18. NEGRINI GB, et al. Classificações de lesões endoperio – revisão narrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2025; 8(4): e80756.
19. OKTAWATI S, et al. Endodontic-periodontic lesion management: a systematic review. *Medicina Clínica Práctica*, 2020; 3(S1): 100098.
20. PAMEI LT, PANDEY R. The perio-endo tango: a case report on diagnostic duality. *Revista Latinoamericana de La Papa*, 2025; 29(1): 263-268.
21. RUETTERS M, et al. Effect of endodontic treatment on periodontal healing of grade 3 endo-periodontal lesions without root damage in periodontally compromised patients—a retrospective pilot study. *Clinical Oral Investigation*, 2021; 25: 2373-2380.

22. SARI ET, ALTINDAL D. Evaluation of the prevalence of endo-periodontal lesions according to the new classification of periodontal and peri-implant diseases. *European Journal of Therapeutics*, 2025; 31(1): 376-388.
23. SOUZA YS, et al. Abordagens acerca do diagnóstico de lesões endoperiodontais: uma revisão de literatura. *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 2025; 18(2): e15838.
24. TAKAHASHI K, et al. Personalized medicine based on the pathogenesis and risk assessment of endodontic-periodontal lesions. *Journal of Personalized Medicine*, 2022; 12(10): 1688-1702.
25. TIETMANN C, et al. Management of teeth with grade 3 endo-periodontal lesions by combined endodontic and regenerative periodontal therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 2023; 13(1): 93.
26. TRAVASSOS RMC, et al. Tomada de decisão frente às lesões de acometimento endodôntico-periodontal. *Research, Society and Development*, 2022; 11(13): e152111335384.
27. TRENTIN MS, et al. Management of endo-perio lesion in a tooth with an unfavorable prognosis: a clinical case report with an 18-month follow-up. *ODOVTOS - International Journal of Dental Sciences*, 2024; 26(3): 48-56.
28. ZANELLA D, et al. Lesão de origem endodôntico-periodontal: um relato de caso. *Health & Society*, 2022; 2(6): 24-44.