UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

RAIZA LUNA RIBEIRO

LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020

RAIZA LUNA RIBEIRO

LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Profª. Esp. Ravena Pinheiro Teles
Coorientador(a): Profª. Drª. Claudia Leal Sampaio Suzuki

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2020

RAIZA LUNA RIBEIRO

LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Profª. Esp. Ravena Pinheiro Teles
Coorientador(a): Profª. Drª. Claudia Leal Sampaio Suzuki

Aprovado em 11/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

_____

PROFESSOR (A) ESPECIALISTA RAVENA PINHEIRO TELES

ORIENTADOR (A)

_____

PROFESSOR (A) ESPECIALISTA Carlos Eduardo de Oliveira Soares

MEMBRO EFETIVO

_____

PROFESSOR (A) MESTRE (A) Tiago Norões Gomes

MEMBRO EFETIVO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, sem ele nada seria possível. Aos meus filhos, Maria Jane e Artur, minha razão de viver. Ao meu marido Damásio Filho, pelo apoio e companheirismo. A minha querida e amada avó Aride, por sempre acreditar e torcer por essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me mostrar o caminho certo, porque sem ele nada seria possível.

Àos meus filhos Maria Jane e Artur, minha maior motivação, que me mostraram uma força que eu não imaginava que existia em mim.

Ao meu marido, Damásio Filho, que sempre esteve ao meu lado, me incentivando a buscar meus objetivos, com todo amor e carinho. Sem você este sonho não se tornaria realidade. Minha eterna gratidão.

Áos meus pais Décio e Iacy, pelo apoio que sempre me deram durante toda minha vida.

Á minha irmã Rafaela, por me fazer ter confiança nas minha decisões, por estar sempre ao meu lado.

Aos meus sogros Damásio e Jane, por todo carinho e apoio.

Á minha amiga querida Antonecilda, pela sua amizade e ajuda de sempre. Muito obrigada.

À minha Orientadora, Ravena Teles, meu agradecimento especial, por toda paciência, conhecimento, ajuda, carinho e pela confiança depositada em mim, obrigada pela sua amizade, a senhora é uma pessoa e profissional incrível.

À minha Co-Orientadora, Claudia Suzuki, por nos orientar e ajudar na construção deste trabalho, obrigado pela paciência.

À minha dupla Caio, por toda amizade e companheirismo, que não mediu esforços para o crescimento do nosso trabalho, obrigada por toda ajuda, concelhos, noites mal dormidas, angústias e alegrias durante todo esse período.

Aos meus amigos da faculdade para a vida, Janaina, Henrique e Ana Barbara, muito obrigada pela amizade, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos.

RESUMO

As lesões endo-periodontais são lesões inflamatórias que acometem tanto o tecido pulpar como o periodontal, justamente por tais estruturas anatômicas estarem em íntimo contato, seja devido ao forame apical, túbulos dentinários e/ou canais acessórios. O presente trabalho tem como objetivo descrever, por meio de um relato de caso clínico, uma lesão endo-periodontal, bem como seu diagnóstico, prognóstico e tratamento realizado. Paciente C.T.M.M., 31 anos, gênero masculino e normossistêmico, procurou atendimento odontológico em Crato – CE, queixando-se de sensibilidade e dor na região do dente 37. Durante os exames clínicos e radiográficos, constatou-se dentre outras condições, inflamação gengival apenas no dente em questão, bolsa periodontal, mobilidade, extensa perda óssea e necrose do tecido pulpar. Baseado na literatura, o tratamento realizado consistiu em remoção mecânica do cálculo por meio de raspagem e alisamento radicular, controle químico do biofilme e tratamento endodôntico. Pode-se concluir que o tratamento endodôntico e periodontal empregado foi satisfatório para a regressão da LEP. Vale ressaltar a importância de um prognóstico favorável desta, assim como de um minuncioso diagnóstico, por meio de exames clínicos específicos e radiográficos. Somando tais fatores à habilidade do profissional ao executar a terapia proposta, observou-se significativa melhora nos parâmetros avaliados, regressão da lesão e regeneração dos tecidos periodontais perdidos, refletindo diretamente na ausência de sintomatologia relatada atualmente pelo paciente.

Palavras-chave: Endodontia. Lesões endo-periodontais. Periodonto.

ABSTRACT

Endo-periodontal lesions are inflammatory lesions that affect both the pulp and periodontal tissue, precisely because such anatomical structures are in close contact, whether due to the apical foramen, dentinal tubules and/or accessory channels. The present work aims to describe, through a clinical case report, an endo-periodontal lesion, as well as its diagnosis, prognosis and treatment performed. C.T.M.M patient, 31 years old, male and normosystemic, sought dental clinic in Crato – CE, complaining of sensitivity and pain in the tooth region 37. During clinical and radiographic examinations, among other conditions, gingival inflammation was found only in the tooth in question, periodontal pocket, mobility, extensive bone loss and necrosis of the pulp tissue. Based on the literature, the treatment performed consisted of mechanical removal of the stone by means of scaling and root planing, chemical control of the biofilm and endodontic treatment. It can be concluded that the endodontic and periodontal treatment employed was satisfactory for the regression of the endo-periodontal lesion. It is worth mentioning the importance of a favorable prognosis for this, as well as a thorough diagnosis, through specific clinical and radiographic examinations. Adding these factors to the professional skill to perform the proposed therapy, there was a significant improvement in the parameters evaluated, regression of the lesion and regeneration of the lost periodontal tissues, directly reflecting the absence of symptoms currently reported by the patient.

Keywords: Endodontics. Endo-periodontal lesions. Periodontium.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Proposta de classificação atual para as lesões endo-periodontais 20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sondagem realizada na face vestibular do dente 37, evidenciando PS na marcação de exatos 6 mm da Sonda Williams 10

Figura 2 - Radiografia periapical inicial do dente 37, destacando principalmente perda óssea e material restaurador profundo em contato com a câmara pulpar 11

Figura 3 - Tomografia inicial da região do 2º molar inferior esquerdo. A – Corte Axial (coroa-ápice); B – Corte Coronal (ântero-posterior); C – Corte Sagital (vestíbulo-lingual) 12

Figura 4 - Instrumentos utilizados para o tratamento periodontal. A – Curetas Gracey 7-8, 11-12 e 13-14, respectivamente; B - Jato de bicarbonato 13

Figura 5 - Sondagem realizada na face vestibular do dente 37 após tratamento periodontal, mostrando PS na marcação de 4 mm da Sonda Williams 14

Figura 6 - Limas Easy Logic utilizadas para instrumentação endodôntica 14

Figura 7 - Sondagem realizada na face lingual (L) do dente 37 com a Sonda Nabers, após 45 dias da instrumentação endodôntica, ressaltando uma regressão da Lesão de Furca para Grau I 15

Figura 8 - Sondagem realizada na face vestibular (V) do dente 37, após 45 dias da instrumentação endodôntica, ressaltando PS na marcação de apenas 2 mm da Sonda Williams 16

Figura 9 - Sondagem realizada na face lingual (L) do dente 37, após 45 dias da instrumentação endodôntica, evidenciando PS na marcação de apenas 2 mm da Sonda Williams 16

Figura 10 - Radiografia periapical final após conclusão do tratamento endodôntico 17

Figura 11 - Tomografia final do dente 37, após conclusão do tratamento da lesão. A – Corte Axial (coroa-ápice); B – Corte Coronal (ântero-posterior); C – Corte Sagital (vestíbulo-lingual) 18

Figura 12 - A - Aspecto inicial radiográfico e clínico da região da LEP x B - Aspecto final radiográfico e clínico da região da LEP 18

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
DP	Doença Periodontal
LEP	Lesão Endo-Periodontal
JCE	Junção Cemento-Esmalte
PS	Profundidade de Sondagem
PG	Posição Gengival
L	Lingual
V	Vestibular
TCCB	Tomografia Computadorizada Cone Beam
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OHO	Orientação de Higiene Oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 RELATO DE CASO 12
3 DISCUSSÃO 21
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 24
REFERÊNCIAS 25
APÊNDICES 27
Apêndice A: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILEÃO 27

1 INTRODUÇÃO

As lesões endo-periodontais são lesões inflamatórias que acometem tanto o tecido pulpar como o periodontal, justamente por tais estruturas anatômicas estarem em íntimo contato, seja por meio do forame apical, túbulos dentinários e/ou canais acessórios (GOMES *et al.*, 2015). Tais lesões não são consideradas incomuns, embora, o diagnóstico preciso muitas vezes é desafiador, cabendo ao profissional estar atento às classificações dessa patologia, aos exames necessários, características clínicas e sintomatologia do paciente, para traçar um adequado plano de tratamento, fatos estes que serão decisivos para o prognóstico do caso.

As sintomatologias mais comumente relatadas pelo paciente que possui uma LEP (lesão endo-periodontal) são dor espontânea e mobilidade. Dentre os sinais observados pelo profissional, podemos citar: bolsas periodontais profundas e, ao teste de vitalidade pulpar, percebe-se alterações quando comparadas às respostas pulpares de um dente hígido. Outros sinais e sintomas provavelmente presentes são: reabsorção óssea, lesão de furca, alteração na cor e na textura gengival, secreção purulenta e possíveis dores durante testes endodônticos como palpação e percussão (HERRERA *et al.*, 2018).

Segundo Simon, Glick e Frank (1972), as LEP podem ser classificadas nas seguintes categorias: (1) Lesões endodônticas primárias; (2) Lesões endodônticas primárias com comprometimento periodontal secundário; (3) Lesões periodontais primárias; (4) Lesões periodontais primárias com comprometimento endodôntico secundário e (5) Lesões combinadas “verdadeiras”. Porém, mais recentemente foi proposta uma alteração na qual, idealmente, o diagnóstico e a classificação da LEP devem basear-se no status atual da doença e no prognóstico do dente envolvido.

Neste contexto, a justificativa de desenvolver o trabalho em questão surgiu pelo fato de que vem se tornando cada vez mais frequente pacientes com queixas relacionadas às LEP. Diante do exposto, é de grande valia o desenvolvimento de um estudo que venha a enriquecer os conhecimentos acerca da importância de um diagnóstico precoce e adequado, no intuito de realizar um tratamento efetivo, melhorando a qualidade de vida do paciente.

O presente trabalho tem como objetivo principal descrever, por meio de um relato de caso clínico, uma lesão endo-periodontal, enfatizando os fatores de diagnóstico envolvidos, a conduta terapêutica de escolha para tal lesão, assim como evidenciar o prognóstico desta.

2 RELATO DE CASO

Paciente C.T.M.M, gênero masculino, normossistêmico, 31 anos de idade, procurou atendimento odontológico relatando dor ao mastigar e alta sensibilidade ao consumir alimentos com temperaturas extremas no dente 37. Durante anamnese criteriosa e colhimento da história pregressa odontológica, o paciente relatou que a restauração no dente em questão havia fraturado há aproximadamente 1 ano e que apenas 4 meses após compareceu à um consultório para restaurá-lo. No entanto, poucos dias depois do procedimento restaurador iniciaram-se as dores e o incômodo.

Inicialmente foi realizada uma inspeção visual nas arcadas do paciente, na qual observou-se uma inflamação gengival ao redor do dente 37, embora o mesmo aparentasse estar hígido. Sendo assim, foram imediatamente realizados na primeira consulta/sessão os exames clínicos periodontais. O Periograma detectou achados relevantes apenas nesse dente, inclusive imprescindíveis para o diagnóstico do caso, como por exemplo: Cálculo supra e subgengival; Mobilidade Grau I; Lesão de Furca Grau II na face lingual (L); Profundidade de Sondagem (PS) de 5 mm (L) e de 6 mm (V), como ilustrado na FIG. 1:

FIGURA 1. Sondagem realizada na face vestibular do dente 37, evidenciando PS na marcação de 6 mm da Sonda Williams

Na imagem acima também é possível presumir que a PG (posição gengival) está no mesmo nível da JCE (junção cemento esmalte), não havendo hiperplasia gengival e, portanto, demonstrando uma grande perda de inserção.

No intuito de complementar o exame clínico do dente 37, foi realizado um Raio x periapical do mesmo (FIG. 2), na qual observou-se espessamento do ligamento periodontal e imagem radiolúcida sugestiva de reabsorção óssea envolvendo a região apical, assim como a região da furca e crista óssea. Além disso, tal tomada radiográfica sugeriu que houve uma comunicação da câmara pulpar e contato direto desta com o material restaurador, sem indícios de tratamento endodôntico prévio.

FIGURA 2. Radiografia periapical inicial do dente 37, destacando principalmente reabsorção óssea e material restaurador profundo em contato com a câmara pulpar

Sendo assim, o Raio x ilustrado acima norteou a necessidade de testes endodônticos no referido dente, como exemplo do teste de vitalidade, na qual respondeu negativamente e indicou necrose pulpar. Somando-se a tal sinal clínico, também foi verificada sensibilidade tanto ao teste de percussão como de palpação.

Ainda na primeira sessão, para melhor avaliar a real extensão da perda óssea e demais tecidos periodontais, assim como descartar possíveis fatores relacionados à traumas e iatrogeniais, como perfuração, fratura e/ou reabsorção radiculares, foi solicitado ao paciente uma Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB), devidamente ilustrada na FIG. 3. Neste caso, tal exame foi imprescindível para o fechamento do diagnóstico e, principalmente, para averiguar o prognóstico do dente, uma vez que esse critério influencia diretamente na melhor opção de tratamento proposto.

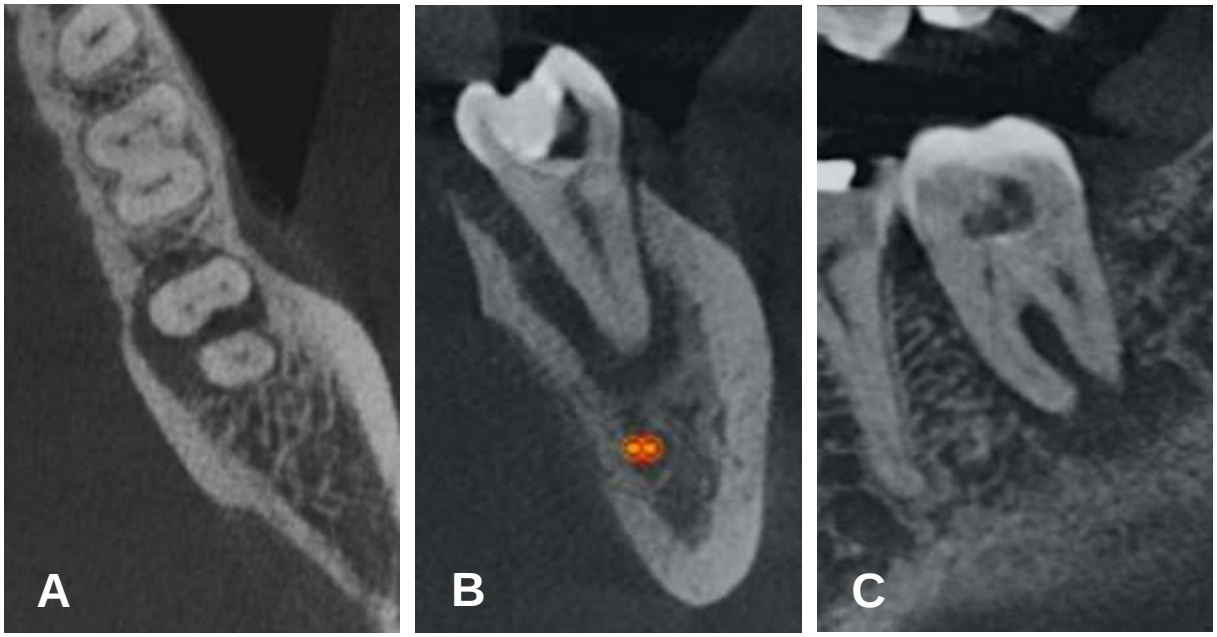

FIGURA 3. Tomografia inicial da região do 2º molar inferior esquerdo. A – Corte Axial (coroa-ápice); B – Corte Coronal (ântero-posterior); C – Corte Sagital (vestíbulo-lingual)

No laudo radiográfico da Tomografia mostrada acima, foi constatada rarefação óssea parcialmente circunscrita envolvendo (região apical, furca e crista óssea) e abaulamento da tábua óssea lingual, compatível com lesão osteolítica de origem inflamatória/infecciosa, sugerindo relacionar com a condição clínico. Diante do exposto, foi diagnosticada uma lesão endo-periodontal no dente 37 e, de acordo com a classificação antiga, esta se enquadrava como endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. Já no que diz respeito à proposta mais atual da classificação das LEP, tal caso clínico foi diagnosticado como uma lesão endo-periodontal sem danos radiculares, em paciente sem periodontite, Grau III.

Embora a perda tecidual já estivesse bastante agravada, o prognóstico da LEP foi considerado favorável, uma vez que não havia fratura e reabsorção radicular associada, dentre outros danos na raíz dentária, assim como os sinais clínicos periodontais estavam restritos à um único dente, ou seja, sem presença e/ou gravidade da doença periodontal afetando a saúde bucal como um todo do paciente. Portanto, uma vez que percebeu-se a possibilidade de manter o dente em boca, ao invés de optar pela exodontia do mesmo, o tratamento proposto consistiu em raspagem e alisamento radicular, controle químico do biofilme e tratamento endodôntico. Contudo, neste momento foi realizada uma OHO no paciente, profilaxia intensa na área e prescrição de analgésico para aliviar a dor.

Na segunda sessão, o tratamento periodontal foi iniciado e já finalizado, por meio dos procedimentos de debridamento total e raspagem supra/sub gengival no dente 37, com curetas

manuais de Gracey 7-8 (raspagem sub nas faces vestibular e lingual), 11-12 (raspagem supra na face mesial) e 13-14 (raspagem supra na face distal). Como ferramenta auxiliar para proporcionar melhores resultados quanto à adequação de meio, também foi utilizado o jato de bicarbonato (FIG. 4). Além disso, para controle químico do biofilme, a prescrição de bochecho de Clorexidina 0,12% se fez necessário, 30 minutos após a escovação, durante 1 minuto, de 12/12 h, por 7 dias.

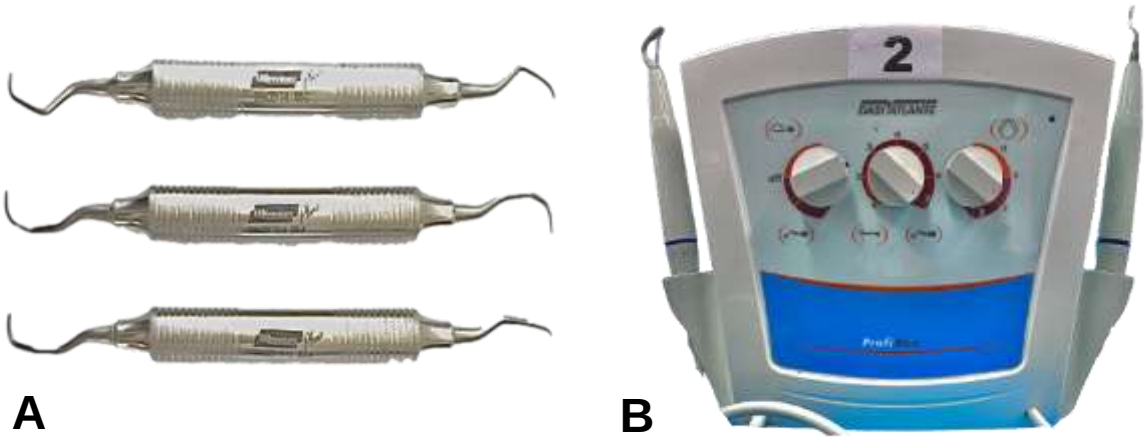

FIGURA 4. Instrumentos utilizados para o tratamento periodontal. A – Curetas Gracey 7-8, 11-12 e 13-14, respectivamente; B - Jato de bicarbonato

O paciente retornou ao consultório 1 semana após o tratamento periodontal, relatando inclusive que a sensibilidade havia diminuído um pouco, e novos exames de sondagem foram realizados nessa terceira sessão, na qual já observou-se significativa redução da profundidade de sondagem na face vestibular (V), que passou de 6 mm para 4 mm (FIG. 5), além disso, a região do dente em questão já não apresentava sinais de inflamação gengival (edema, vermelhidão e sangramento).

FIGURA 5. Sondagem realizada na face vestibular do dente 37 após tratamento periodontal, mostrando PS na marcação de 4 mm da Sonda Williams

A 1ª fase do tratamento endodôntico, referente à instrumentação do canal, por sua vez, foi iniciada nessa mesma consulta. Haviam três condutos radiculares, dois localizados na raíz mesial e um na raíz distal, ambos com comprimento de 20 mm. Para limpeza e modelagem dos mesmos, optou-se pela técnica de sistema endodôntico mecanizado com limas Easy Logic® (FIG. 6). Durante a instrumentação, foram utilizadas como soluções irrigadoras: Clorexidina 2% + EDTA 17% + Soro fisiológico. Vale ressaltar que, durante a remoção da restauração para posterior acesso dos canais, foi observado tecido cariado infiltrado na região da câmara pulpar.

FIGURA 6. Limas Easy Logic utilizadas para instrumentação endodôntica

Após remoção da cárie e término da instrumentação, a medicação intracanal inserida nos condutos radiculares foi a pasta de hidróxido de cálcio + paramonoclorofenol, por possuirem propriedades antibacterianas, proteolíticas, anti-inflamatórias e também como meio de prevenir uma possível reabsorção. No que diz respeito à restauração provisória, optou-se por cotosol na embocadura do canal e cimento de ionômero de vidro.

O paciente retornou para a quarta sessão 45 dias após a 1ª fase endodôntica e já relatou não sentir mais nenhuma dor ou sensibilidade no dente com a LEP. Alguns exames periodontais foram novamente reavaliados e obteve-se os seguintes achados: Mobilidade ausente; Lesão de Furca Grau I (L) e Profundidade de Sondagem de apenas 2 mm, tanto por vestibular como por lingual.

Portanto, foi possível observar uma considerável melhora dos sinais clínicos, na qual a mobilidade previamente existente foi completamente revertida, a Lesão de Furca diminuiu (FIG. 7), passando de Grau II para Grau I e, talvez a melhora mais significativa clinicamente avaliada, correspondeu à Profundidade de Sondagem, onde a bolsa periodontal na face vestibular passou de 6 mm para 2 mm (FIG. 8) e na face lingual passou de 5 mm para 2 mm (FIG. 9).

FIGURA 7. Sondagem realizada na face lingual (L) do dente 37 com a Sonda Nabers, após 45 dias da instrumentação endodôntica, ressaltando uma regressão da Lesão de Furca para Grau I

FIGURA 8. Sondagem realizada na face vestibular (V) do dente 37, após 45 dias da instrumentação endodôntica, ressaltando PS na marcação de apenas 2 mm da Sonda Williams

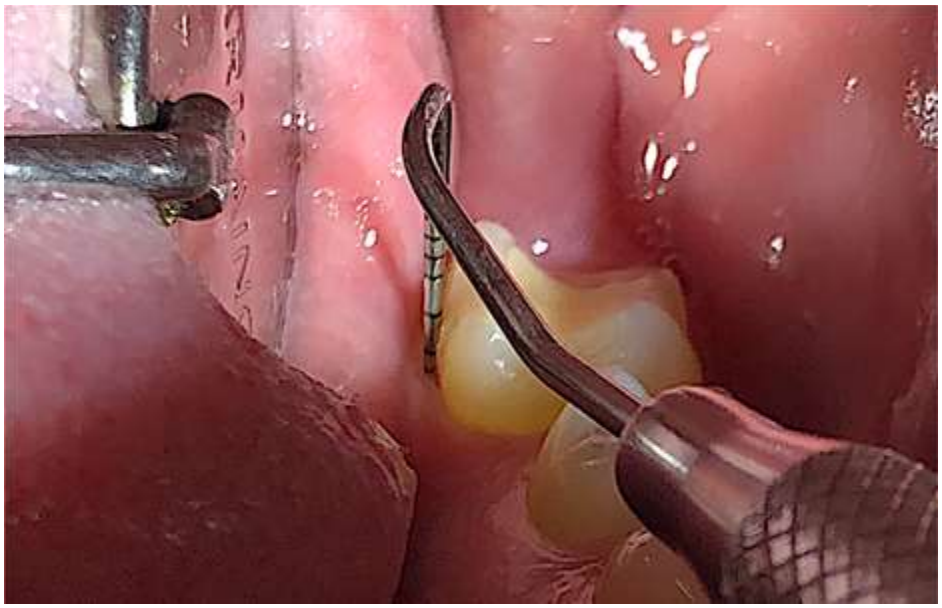

FIGURA 9. Sondagem realizada na face lingual (L) do dente 37, após 45 dias da instrumentação endodôntica, evidenciando PS na marcação de apenas 2 mm da Sonda Williams

Logo em seguida, a 2ª fase do tratamento endodôntico foi iniciada, referente à obturação do canal. Optou-se pela técnica de cone único com auxílio termo plastificador e o cimento endodôntico de escolha foi o Sealer Plus®. Segue abaixo a FIG. 10, ilustrando o Raio x final após a conclusão do tratamento endodôntico:

FIGURA 10. Radiografia periapical final do dente 37 após conclusão do tratamento endodôntico

Diante da imagem exposta, fica evidente a considerável regressão da lesão, ou seja, também houve um relevante avanço no que diz respeito aos parâmetros radiográficos, principalmente quanto à regeneração tecidual, formação óssea ao redor do dente e ganho de inserção clínica no mesmo. Por fim, o tratamento completo da LEP foi concluído ainda nessa mesma quarta sessão, por meio da restauração definitiva com Resina Composta imediatamente após a obturação dos condutos radiculares, no intuito de garantir um maior selamento hermético.

Após 2 meses, foi solicitada ao paciente outra Tomografia Computadorizada (FIG. 11) para melhor acompanhamento e proservação do caso, no intuito de analisar se haveria ou não necessidade de possíveis cirugias regenerativas. Na consulta de retorno, todos os parâmetros clínicos foram reavaliados e considerados dentro da normalidade e saúde periodontal, além disso, o paciente frisou não sentir mais nenhum incômodo na região. Sendo assim, observou-se uma ótima resposta ao tratamento e cicatrização tecidual adequada da LEP.

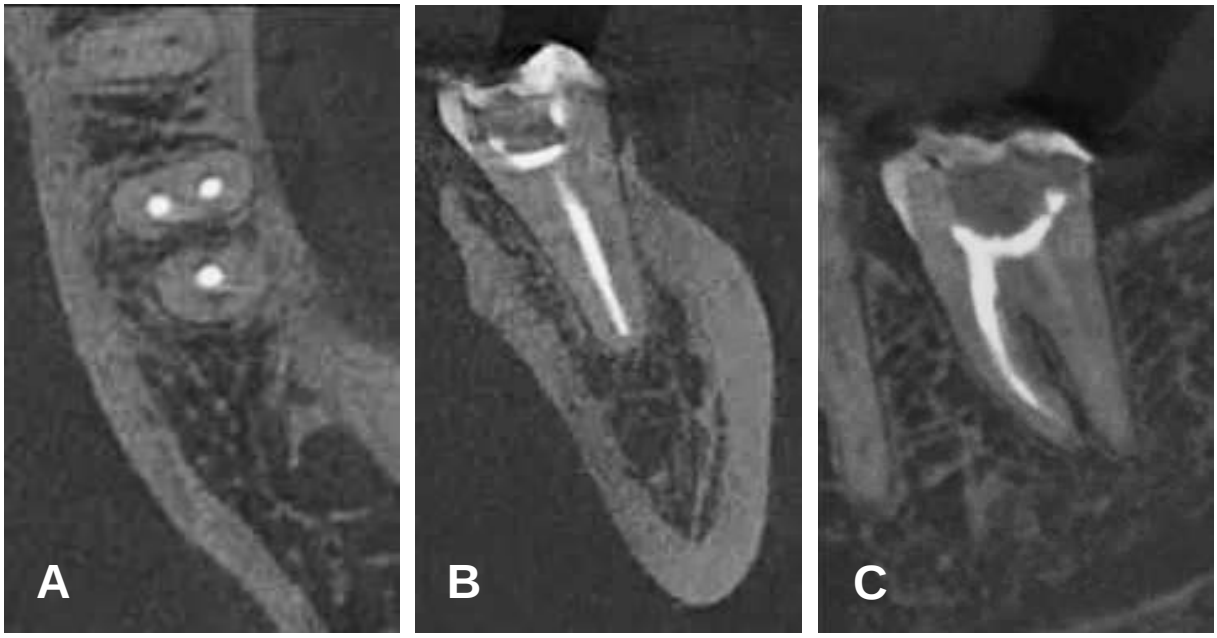

FIGURA 11. Tomografia final do dente 37, após conclusão do tratamento da lesão. A – Corte Axial (coroa-ápice); B – Corte Coronal (ântero-posterior); C – Corte Sagital (vestíbulo-lingual)

Conforme os cortes tomográficos da figura acima, pode-se perceber que não mais foi visualizada a lesão endoperiodontal. E de modo a encerrar o relato do caso clínico, segue adiante a FIG. 12, ilustrando bem os aspectos iniciais e finais na região da lesão, o que permite comparar bem a regressão desta após o tratamento adequado e devidamente finalizado.

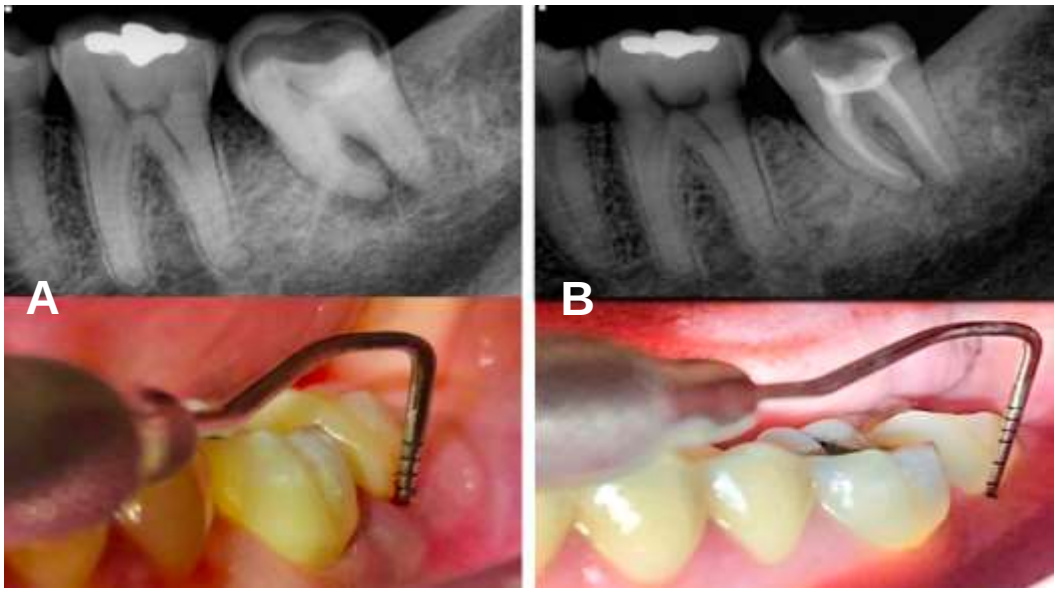

FIGURA 12. A - Aspecto inicial radiográfico e clínico da região da LEP x B - Aspecto final radiográfico e clínico da região da LEP

3 DISCUSSÃO

A LEP é uma comunicação patológica entre os tecidos endodônticos e periodontais de um determinado dente, sendo assim, elas podem iniciar-se a partir da extensão de uma patologia periodontal, que pelos íntimos contatos permitidos entre os tecidos dentários, tais quais túbulos dentinários, canais acessórios e forame apical, pode comunicar-se com a polpa, ou ocorrer exatamente o oposto, na qual uma inflamação endodôntica atinge os tecidos periodontais de suporte, ou ainda, uma lesão endodôntica que se combina com uma lesão periodontal antecedente e vice-versa (CARDOSO e MIRANDA, 2018).

As sintomatologias mais comumente relatadas pelo paciente que possui uma LEP são dores espontâneas e mobilidade no dente afetado. Com relação aos sinais inicialmente associados à essa lesão e observados pelo profissional, podemos citar: Bolsas periodontais profundas, alteração nos testes de vitalidade pulpar, evidências radiográficas de perda óssea na região apical ou de furca, dor à palpação e percussão, exsudação purulenta, alterações da cor e textura gengival, entre outros (PAPAPANOU *et al.,* 2018). Tal autor reforça, inclusive, os achados no presente relato de caso, na qual todos esses sinais/sintomas também foram encontrados e/ou relatados pelo paciente, exceto secreção purulenta.

A etiologia primordial dessas lesões pode estar associada principalmente aos seguintes fatores: Infecções endodônticas e/ou periodontais ou traumas e/ou fatores iatrogênicos. No que se refere às LEP associadas às infecções endodônticas e periodontais, estas podem ser ocasionadas por ambos os eventos ao mesmo tempo, por doença periodontal que afete secundariamente o canal radicular ou por cáries que, porventura, proguidam e se comuniquem com a polpa e, secundariamente, afetem o periodonto (PINTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2018). Em outro estudo, Fagundes *et al*., (2007) relata que independente da origem, tais patologias podem resultar em infecção cruzada entre o canal radicular e a bolsa periodontal.

Portanto, de acordo com a classificação proposta por Simon, Glick e Frank (1972), e que talvez seja a mais amplamente difundida e utilizada no meio científico e clínico odontológico, assim como baseado nos sinais observados no paciente, o presente relato de caso foi diagnosticado como uma LEP do tipo endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, uma vez que o fator etiológico surgiu a partir de uma cárie que, ao progredir, acarretou em necrose pulpar. Complementando o diagnóstico deste relato em questão, o dente permaneceu determinado período de tempo sem o tratamento endodôntico necessário, desencadeando, secundariamente, o rompimento do periodonto marginal.

Peeran *et al*., (2013) corroboram o exposto acima, quando verificaram que devido à necrose pulpar, podem ocorrer respostas inflamatórias no ligamento periodontal, resultando em sua ampla destruição, assim como formação de lesão de furca. Vale ressaltar também que todos os sinais clínicos de doença periodontal só foram encontrados no referido dente 37, os demais dentes estavam completamente hígidos.

Atualmente, outra classificação para as LEP foi proposta por Herrera *et al.*, (2018), ilustrada na TAB. 1, onde não é mais considerada a etiologia primária desta, justamente devido à dificuldade em defini-la, mas sim o estado em que o dente encontrava-se naquele momento, ou seja, agora é proposto levar em consideração a atual condição clínica deste que, por sua vez, terá um impacto direto no prognóstico e tratamento da lesão. Alves (2018) ainda reitera que tal condição clínica só será elucidada com base nos exames clínicos e complementares minuciosos e realizados previamente ao planejamento de tratamento, como exemplo avaliar periodontalmente a boca do paciente, realizar testes endododônticos e tomadas radiográficas que, inclusive, foram os exames utilizados para o correto diagnóstico neste relato de caso.

TABELA 1. Proposta de classificação atual para as lesões endo-periodontais.

Lesão endo-periodontal <u>com</u> danos na raíz	Fratura radicular	
	Perfuração do canal radicular ou da câmara pulpar	
	Reabsorção radicular externa	
Lesão endo-periodontal <u>sem</u> danos na raíz	LEP em pacientes <u>com</u> periodontite	Grau I - Bolsa periodontal estreita e profunda em 1 superfície do dente
		Grau II - Bolsa periodontal larga e profunda em 1 superfície do dente
		Grau III - Bolsas periodontais profundas em mais de 1 superfície do dente
	LEP em pacientes <u>sem</u> periodontite	Grau I - Bolsa periodontal estreita e profunda em 1 superfície do dente
		Grau II - Bolsa periodontal larga e profunda em 1 superfície do dente
		Grau III - Bolsas periodontais profundas em mais de 1 superfície do dente

Diante do exposto, o presente caso clínico foi diagnosticado, conforme tal classificação mais atual, como uma lesão endo-periodontal sem danos na raíz, em paciente sem periodontite e Grau III (uma vez que houve PS alterada tanto por vestibular como por lingual), além disso, o prognóstico foi considerado favorável.

No que diz respeito ao prognóstico das LEP, ele que irá definir a primeira etapa do tratamento, referente ao questionamento em manter ou remover o dente. Portanto, o mesmo pode ser enquadrado como: (1) Sem esperança, (2) Ruim e (3) Favorável. Em casos na qual a destruição periodontal seja limitada, sem presença ou gravidade de periodontite afetando a saúde bucal, sem perfurações, iatrogeniais, fraturas ou reabsorções radiculares, o prognóstico é considerado favorável. Por este motivo, deve-se averiguar a possibilidade de danos na raíz, preferencialmente com o uso da tomografia computadorizada (HERRERA *et al.*, 2018).

Sendo assim, após a realização da tomografia e descarte de possíveis danos radiculares, optou-se por manter o dente 37 e tratar a lesão basicamente com raspagens periodontais e tratamento endodôntico. Reforçando a escolha da terapêutica descrita neste relato, Al-Fouzan e Khalid (2014) consideram a regeneração do tecido periodontal perdido (por meio de raspagens, além do alisamento radicular e caso necessário, cirurgia regenerativa) e a realização do tratamento endodôntico como sendo os procedimentos imprescindíveis para a regressão da LEP. Outro estudo com base neste protocolo de tratamento relata que em 90% dos casos estudados se obteve regressão da lesão e ausência de dor (MENG, 1999).

No entanto, Santos e Lins (2008) enfatizam a importância de uma discussão quanto ao procedimento inicial que deveria ser realizado para o tratamento dessas lesões. Alguns autores acreditam que a regeneração do tecido periodontal só ocorre após o tratamento endodôntico. Teoria essa, vencida por comprovação científica, na qual afirma que a terapêutica deve prosseguir de forma combinada e que, somente após considerável reestabelecimento do tecido periodontal, a obturação do canal deva ser realizada.

Como descrito e de modo a corroborar com a sequência da terapia adotada no presente caso clínico, é de extrema necessidade a adequação periodontal, seguida da instrumentação endodôntica e uso da medicação intracanal, por suas propriedades possibilitarem a regeneração de possíveis reabsorções radiculares existentes e auxiliarem no controle pós-operatório.

Shyuan, Horn e Giickman (1997) ainda consolidam o acompanhamento e proservação realizados no relato em questão, ao afirmarem que após a conclusão da terapêutica proposta, deve-se avaliar se houve ou não regressão da lesão, ou se ainda será necessário partir para outro procedimento mais invasivo, como cirurgias parendodônticas e/ou regenerativas periodontais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que, o tratamento periodontal e endodôntico empregado no caso em questão, mediante à novos hábitos de higiene oral, foi relevante e satisfatório para a regressão da LEP. Vale ressaltar, também, a importância de um prognóstico favorável desta, que irá nortear a melhor terapêutica possível, assim como de um correto e minuncioso diagnóstico, por meio de exames clínicos específicos e radiográficos.

Somando tais fatores à habilidade e experiência dos profissionais ao executar a terapia proposta, observou-se significativa melhora nos parâmetros avaliados, regressão da lesão e regeneração dos tecidos periodontais perdidos, refletindo diretamente na ausência de sintomatologia relatada atualmente pelo paciente.

REFERÊNCIAS

AL-FOUZAN; KHALID, S. Uma nova classificação de lesões endodônticas-periodontais. **International Journal of Dentistry**. Pag. 478 à 482, 2014.

ALVES, V.F. **Lesão endo-perio: como conduzir clinicamente?** Dissertação (Especialização em Periodontia). Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas – MG, 2018.

CARDOSO, R.M.; MIRANDA, J.M. TRATAMENTO DE LESAO ENDO-PERIO: RELATO DE CASO. **Rev. Odontol. Clín.-Cient.** Vol. 17. Pág. 77 a 79. Recife – PE, 2018.

FAGUNDES, C.F.; STORRER, C.M.; DE SOUSA, A.M.; DELIBERADOR, T.M.; LOPES, T.R. Lesoes endoperiodontais-consideracoes clinicas e microbiologicas. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Vol. 4. Num. 2. Pág. 54 à 60. Joinville, Brasil, 2007.

GOMES, B.P.; BERBER, V.B.; KOKARAS, A.S.; CHEN, T.; PASTER, B.J. Microbiomes of endodontic-periodontal lesions before and after chemomechanical preparation. **J Endod. Dec.** 41(12):1975-84. 2015.

HERRERA, D.; VALDÉS, B.; ALONSO, B.; FERES, M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. **J Clin Periodontol.** Pág. 7 à 11. Madri, Espanha, 2018.

MENG, H. X. Periodontic-endodontic lesions. **Rev. Annals of Periodontology**. Beijing Medical University, Vol. 4. Núm. 1. Pág. 84 á 89. Beijing, China, 1999.

PAPAPANOU, N.P.; SANS, M.; BUDUNELI, N.; DIETRICH, T.; FERES, M.; FINE, D.H.; FLEMMIG, T.F. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the classification of Periodontal and PeriImplant Diseases and Conditions. **J Clin Periodontol**.Vol. 45. Pág. 162 a 170, 2018.

PEERAN, S.W.; THIRUNEERVANNAN, M.; ABDALLA, K.A.; MUGRABI, M. H. Endo-Perio Lesions**. International Journal Of Scientific & Technology Research.** Vol. 2. Pág. 268 à 279, 2013.

PINTO, J. R. L. G.; RODRIGUES, C.; ALMEIDA, R. F. Artigo de Revisão Bibliográfica. Mestrado Integrado em Medicina Dentária "**Lesões Endo-Perio: A Complexidade No Diagnóstico",** Universidade do Porto. Pág. 2 à 18. Porto, 2018.

SANTOS, A. C. B.; LINS, C. C. S A. Tomada de decisão no diagnóstico e terapêutica das lesões endopério por endodontistas da cidade de maceió-2007/Taking decision in therapeutic endoperio lesions diagnosis by endodontists of maceió city-2007. IJD. International Journal of Dentistry, Vol. 6. Núm. 3. Pág. 80 à 85. 2008.

SHYUAN, Y.; HORN, W. L.; GIICKMAN, G. N. **"A influência do tratamento endodôntico na cicatrização periodontal de feridas".** University of Michigan, School of Dentistry. Munksgaard - EUA, 1997.

SIMON, J.H.; GLICK, D.H.; FRANK, A.L. The relationship of endodontic-periodontic lesions. **J Periodontol**. Vol. 43. Pág. 202 à 208. 1972.

APÊNDICES

Apêndice A: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILEÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO
Pesquisador: RAVENA PINHEIRO TELES
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 34664620.1.0000.5048
Instituição Proponente: Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.321.025

Apresentação do Projeto:
O objetivo desse trabalho é apresentar, por meio de um relato de caso clínico, uma lesão endoperiodontal no dente 37 em paciente jovem e normossistêmico, bem como o tratamento proposto que ainda será executado e o resultado final deste. O estudo em questão configura-se como um relato de caso clínico, na qual a pesquisa foi realizada por dois pesquisadores independentes e calibrados nas bases de dados pubmed e scielo com os seguintes descritores: Endodontia; Lesões endo-periodontais e Periodonto.Os dados sobre o caso serão avaliados antes e após o procedimento odontológico reparador da lesão, a partir da análise do prontuário do paciente,sintomatologia relatada pelo mesmo, exames clínicos, complementares e imagens fotográficas, que serão previamentes autorizados pelo paciente e pelo consultório responsável.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
O objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de um relato de caso clínico, uma lesão endoperiodontal no dente 37 em um paciente normossistêmico.

Objetivo Secundário:
•Relatar os fatores de diagnósticos envolvidos; •Citar as principais condutas atualmente embasadas para o tratamento de uma lesão endoperiodontal; •Descrever o procedimento

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

odontológico para o tratamento da lesão que ainda será realizado; •Mostrar o prognóstico do tratamento nesses tipos de lesões.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos odontológicos que ainda serão executados para o relato de caso, referentes ao tratamento da lesão endoperiodontal, poderão trazer risco mínimo de insucesso e, consequentemente, perda dentária por não promoverem o reparo e regressão total da lesão, além de causarem algum desconforto como sensibilidade na região, contudo, esses riscos serão reduzidos, uma vez que tais procedimentos serão executados por um profissional capacitado, experiente e especializado na área, assim como o tratamento proposto já é consagrado e bem estabelecido na literatura, sendo resolutivo e suprindo as necessidades de saúde oral do paciente, incluindo todos os cuidados pós operatórios ideais. Outro risco é o de contaminação à COVID-19, tanto por parte do paciente como da equipe de pesquisadores envolvidos. No entanto, tal risco será bastante reduzido ou até mesmo eliminado pois todas as medidas preventivas de Biossegurança contra a doença serão adotadas, de acordo com órgãos competentes como a OMS, Anvisa e Conselho Federal de Odontologia. As recomendações para atendimentos clínicos em tempos de pandemia serão constantes durante todo o acompanhamento ao paciente, com utilização dos EPIS necessários, consultório limpo e desinfetado, testes sorológicos realizados nos pesquisadores e até mesmo adequação dos procedimentos odontológicos, de modo que irão gerar menos gotículas e aerossóis no ambiente. O paciente também será orientado quanto às diversas medidas preventivas, como etiqueta de tosse, utilização de máscara, higienização das mãos,

distanciamento adequado, isolamento social e desinfecção de objetos. No que diz respeito ao possível constrangimento do paciente no decorrer da pesquisa, os procedimentos que serao executados trazem risco minimo, como a exposicao de fotografias e dados do prontuario deste. Tais riscos

serao reduzidos atraves da restricao do pesquisador ao acessar os dados pessoais do paciente. As informacoes disponibilizadas serao confidenciais e destinadas apenas para esta pesquisa. Os dados que serao coletados irao envolver apenas o que realmente for de interesse para o relato de caso, assegurando a preservacao e sigilo quanto à identidade do paciente, nao permitindo que o mesmo seja

identificado, de acordo com resolucao 466/12 do conselho nacional de saude. Nos acasos em que os procedimentos realizados no estudo tragam desconforto que necessite de assistência imediata ou tardia, eu RPT< serei a responsável pelo encaminhamento ao serviço odontológico ou

psicológico do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Benefícios:
O beneficio pela participacao do paciente na pesquisa é o tratamento da lesão endoperiodontal em si, pois este tem como objetivos sanar a dor relatada pelo mesmo, evitar exodontia do dente em questão, facilitar a higiene oral e solucionar a inflamação local e possíveis desconfortos. Sendo assim, espera-se que o paciente tenha mais qualidade e preservação de sua saúde oral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisadora atendeu às recomendações desse CEP e adequou o projeto aos termos de apresentação obrigatória, bem como respondeu em seu texto que o procedimento endodôntico será realizado após aprovação. Considerando que o tratamento ainda será realizado e que a descrição do procidemento é um dos objetivos a que esse estudo se propõe, os riscos inerentes ao tratamento foram descritos bem como o que será feito caso estes se concretizem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de rosto: adequada
Termos de Consentimento Livre Pré e Pós Esclarecidos: adequados
Termo de Anuência: adequado
Termo de uso de imagem: adequado
Termo de Fiel Depositário: adequado

Recomendações:
Não há mais recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Tendo sido resolvidas todas as pendências propostas anteriormente, o projeto está apto a ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO

Continuação do Parecer: 4.321.025

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1530274.pdf	02/09/2020 22:19:35		Aceito
Outros	TERMO_DE_USO_DE_IMAGEM.pdf	02/09/2020 22:18:06	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	02/09/2020 22:09:26	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/09/2020 22:07:11	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
Outros	FIEL_DEPOSITARIO.pdf	17/06/2020 16:02:42	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	17/06/2020 16:02:16	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	POS_ESCLARECIDO.pdf	17/06/2020 15:59:35	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17/06/2020 15:53:57	RAVENA PINHEIRO TELES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUAZEIRO DO NORTE, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
ANTONIA VALDELUCIA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Letícia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br