

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

PEDRO HENRIQUE BOESSO DIAS

TRATAMENTO DE LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM DENTE COM
PROGNÓSTICO DUVIDOSO: RELATO DE CASO

BAURU

2019

PEDRO HENRIQUE BOESSO DIAS

TRATAMENTO DE LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM DENTE COM
PROGNÓSTICO DUVIDOSO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte
dos requisitos para obtenção do
título de bacharel em Odontologia -
Universidade do Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella
Lindoso Gomes Campos

BAURU/SP

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

D541t	<p>Dias, Pedro Henrique Boesso</p> <p>Tratamento de lesão endo-periodontal em dente com prognóstico duvidoso: relato de caso / Pedro Henrique Boesso Dias. -- 2019. 20f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1. Periodontia. 2. Endodontia. 3. Lesão Endo-Periodontal. 4. Diagnóstico. 5. Profundidade de Sondagem. I. Campos, Mirella Lindoso Gomes. II. Título.</p>
-------	--

PEDRO HENRIQUE BOESSO DIAS

**TRATAMENTO DE LESÃO ENDO-PERIODONTAL EM DENTE COM
PROGNÓSTICO DUVIDOSO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia - Universidade do Sagrado Coração.

Aprovado em: 04/12/2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos (Orientadora)

Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dr. Flora Freitas Fernandes Távora

Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a. Dra. Marcela Pagani Calabria

Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais por me conduzirem pelo melhor caminho e se dedicarem tanto para que eu alcançasse os meus objetivos e sonhos, e a minha orientadora por todo ensino, dedicação e colaboração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois ele atua e ilumina todos os meus passos e por me proporcionar saúde e força para viver cada dia e superar as dificuldades.

Aos meus pais que a eles tudo devo, que me permitiram que tudo isso acontecesse e por me darem todo suporte para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

A minha orientadora agradeço imensamente pelos ensinamentos, ajuda, dedicação, amizade e disponibilidade pelo tempo que lhe coube.

RESUMO

A lesão endo-periodontal mostra a junção da doença pulpar e periodontal em um mesmo dente, tendo como gravidade a inflamação ou destruição dos tecidos pela interação das comunicações apresentadas, como exemplo canais laterais e acessórios, túbulos dentinários e forame apical e a necessidade de um completo diagnóstico multidisciplinar para definição do tratamento.

No presente relato de caso, uma paciente do sexo feminino, 49 anos com prognóstico endodôntico ruim e periodontal duvidoso do dente 41 com mobilidade grau 2 e profundidade de sondagem avançada, com suposto plano de tratamento referente a exodontia e reabilitação com implantes onde a paciente optou-se por manter o dente e realizar um tratamento menos invasivo mesmo sabendo do seu prognóstico pouco favorável.

Palavras-chave: Periodontia. Endodontia. Lesão endo-perio. Diagnóstico. Perda óssea.

ABSTRACT

The endo-periodontal lesion shows the junction of pulp and periodontal disease in the same tooth, having as severity the inflammation or destruction of the tissues through the interaction of the presented communications, such as lateral canals and accessories, dentinal tubules and apical foramen and the need for a complete multidisciplinary diagnosis for treatment definition.

In the present case report, a 49-year-old female patient with poor and dubious periodontal prognosis of tooth 41 with grade 2 mobility and advanced probing depth, with a supposed treatment plan for extraction and rehabilitation with implants where the patient opted for maintaining the tooth and performing a less invasive treatment even knowing its unfavorable prognosis.

Keywords: Periodontics. Endodontics. Lesion Endo-Perio. Diagnosis. Bone Loss.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação da Academia Americana de Periodontais de lesões endodôntico-periodontais	10
Figura 2 - Radiografia Panorâmica da Paciente MG	14
Figura 3 - Radiografia periapical da região de incisivos inferiores.	15
Figura 4 - Foto da região de incisivos inferiores.....	17
Figura 5 - Radiografia periapical	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	13
4 RELATO DE CASO	14
5 DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

As lesões endo-periodontais são condições que acometem tanto a polpa como os tecidos periodontais e constituem um desafio clínico devido à necessidade de diagnóstico e tratamento precisos e independentes. Podem ter etiologia associada a microrganismos ou outros fatores não infecciosos como perfurações, reabsorções radiculares, traumatismos dentários e má formação dentária (Singh, 2011; Rotstein e Simon, 2004) e podem ter curso clínico agudo ou crônico. Tais situações podem resultar no desenvolvimento clínico de abscessos, reabsorção óssea apical, dor espontânea ou à palpação e à percussão, exsudato purulento, fístula, mobilidade dentária e até a perda do elemento em questão (SIMON JH, GLICK DH, FRANK AL).

A interação endo-perio se baseia devido as conexões vasculares e anatômicas entre o periodonto e a polpa (Kerns&Glickman, 2011) tendo suas principais vias de comunicação através dos canais laterais e acessórios, túbulos dentinários e forame apical (BELL, 1990; HARRINGTON *et al.*, 2002; ROTSTEIN e SIMON, 2004). Isso permite a transição de microorganismos e mediadores inflamatórios entre o canal radicular e o periodonto resultando uma comunicação patológica entre elas.

Para que seja realizado o correto diagnóstico o cirurgião-dentista deverá lançar mão de testes de vitalidade pulpar, sondagem periodontal e tomadas radiográficas, além de abordar a situação presente do estado da doença e determinar sua extensão. O diagnóstico endo-periodontal clássico baseia-se na classificação sugerida por Simon *et al* (1972) e leva em consideração o desenvolvimento primário ou secundário da lesão, considerando também o desenvolvimento independente das mesmas. Porém, essa classificação gerava dúvidas quanto ao desenvolvimento primário da lesão e não levava em consideração a integridade radicular e o diagnóstico periodontal do paciente, podendo isso contribuir negativamente com o planejamento clínico. Devido a isso, em 2018, a Academia Americana de Periodontia sugeriu uma classificação das doenças endo-periodontais considerando-se o diagnóstico periodontal do paciente, a extensão das profundidades de sondagem e a

integridade do complexo radicular (HERRERA *et al.*, 2018; CATON *et al.* 2018) (Figura 1).

Figura 1- Classificação da Academia Americana de Periodontais de lesões endodôntico-periodontais

Lesão Endo-Periodontal com dano radicular	Fratura Radicular ou Trinca	
	Perfuração de canal radicular ou câmara pulpar	
	Reabsorção Radicular Externa	
Lesão Endo-Periodontal sem dano radicular	Lesão endo-periodontal em pacientes com periodontite	Grau 1: Bolsa periodontal estreita e profunda em 1 superfície do dente
		Grau 2: Bolsa periodontal larga e profunda em 1 superfície do dente
		Grau 3: Bolsas periodontais profundas em mais de 1 superfície do dente
	Lesão endo-periodontal em pacientes sem periodontite	Grau 1: Bolsa periodontal estreita e profunda em 1 superfície do dente
		Grau 2: Bolsa periodontal larga e profunda em 1 superfície do dente
		Grau 3: Bolsas periodontais profundas em mais de 1 superfície do dente

Fonte: Autor; adaptado de Herrera et al., 2018.

Quando as lesões se apresentarem isoladas entre si, deve-se abordar um tratamento convencional, mediante sua origem periodontal ou endodôntica. Quando as lesões estiverem interrelacionadas e houver necrose pulpar, o tratamento endodôntico deve preceder o periodontal, devido à natureza auto-limitante da lesão endodôntica e a presença de células indiferenciadas no ligamento periodontal que podem indevidamente serem eliminadas em uma sobre-raspagem. O cirurgião dentista deve levar em conta a vitalidade pulpar, a gravidade da doença periodontal, a extensão da lesão endodôntica e o curso clínico da lesão para realizar o correto *decisionmaking* e consequente prognóstico do caso (SULTAN *et al.*, 2013).

Portanto, para se estabelecer um plano de tratamento adequado é essencial que haja correto diagnóstico periodontal e endodôntico para definição cronológica de tratamento. A correta avaliação da inserção periodontal remanescente do dente com lesão endo-periodontal e seu papel no planejamento integrado deverão ser consideradas de maneira precisa na decisão de manter-se dentes com prognóstico duvidoso. O estado de saúde atual e a colaboração do paciente são fatores que também determinam a manutenção e são importantes no prognóstico de dentes acometidos. Estudos relatam que a abordagem endodôntica prévia à abordagem periodontal tem um bom prognóstico em um período de 2 a 3 meses devendo priorizar esse protocolo antes de realizar intervenções radicais como a exodontia. Porém há necessidade de individualização de cada caso e de acompanhamento clínico para detecção de mudança de prognóstico.

Existe uma carência na literatura de relatos de casos limites de lesões endo-periodontais, gerando dúvidas nos cirurgiões-dentistas quanto à manutenção de dentes que tenham inicialmente prognóstico duvidoso ou ruim, principalmente quando se pensa em planejamento integrado do paciente. Isso pode levar, muitas vezes, a uma indicação imprecisa de exodontia de dentes com lesões endo-periodontais. Por isso, relatos de casos com desfechos clínicos e acompanhamento periódico são importantes para melhor conhecimento do comportamento desse tipo de lesão e para escolha por tratamentos menos invasivos e onerosos ao paciente.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi realizar o relato de um caso clínico de uma lesão endo-periodontal do dente 41 com prognóstico inicial ruim e o restabelecimento de saúde e melhora do prognóstico após finalização da terapia ativa e instauração de um protocolo de manutenção periodontal.

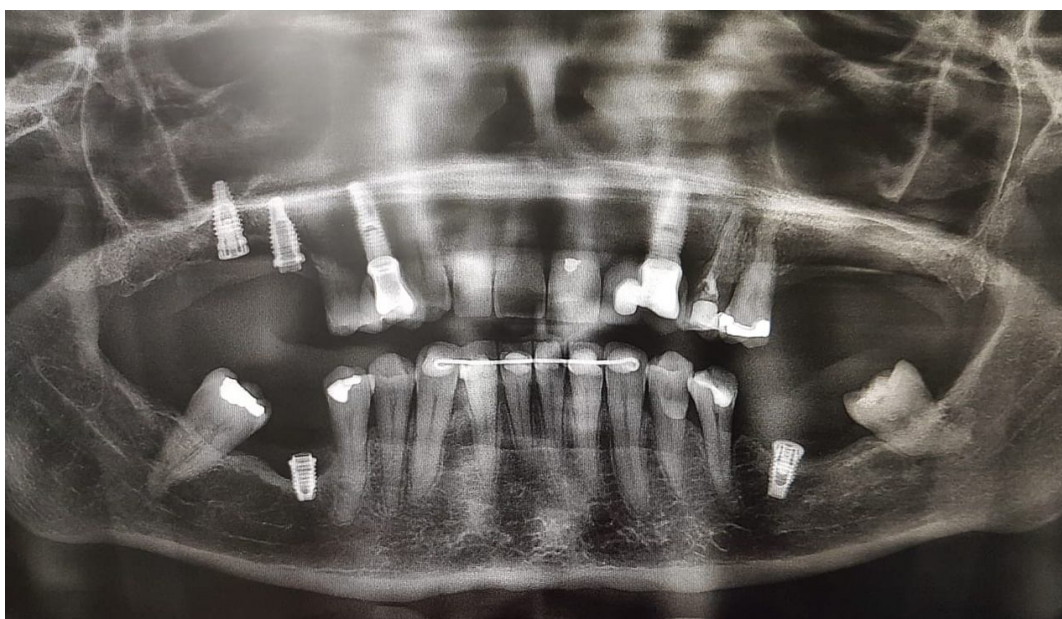
3 METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando artigos científicos e livros por meio dos bancos de dados PubMed, Scielo e Google Acadêmico nos idiomas inglês e português. A estratégia utilizada incluiu palavras-chave como: Periodontia, Endodontia, Lesão Endo-Perio, Diagnóstico e Perda óssea.

4 RELATO DE CASO

Paciente MJ 49 anos, sexo feminino, procurou atendimento clínico com queixa principal “dor e inchaço” nos dentes inferiores. A paciente relatou o aumento da mobilidade do 41 associada ao processo agudo após a colocação da contensão ortodôntica. A paciente não apresentava lesão cariosa e a radiografia após finalização do tratamento ortodôntico já com contensão inserida mostrava integridade da crista óssea alveolar, continuidade de lâmina dura e espessura normal de ligamento periodontal (Figura 2).

Figura 2 - Radiografia Panorâmica da Paciente MG



Fonte: Universidade do Sagrado Coração.

Ao exame clínico, percebeu-se edema vestibular na região do dente 41 com coleção purulenta, drenando via sulco periodontal e fístula. A paciente apresentou dor a percussão vertical e horizontal e não apresentava envolvimento sistêmico.

A avaliação periodontal mostrou que a paciente apresentava mobilidade grau II no dente 41, profundidade de sondagem de 3 na mesial, 11 mm distal e 12 mm na vestibular, condizente com lesão estendendo-se até o periápice. Teste de vitalidade pulpar na paciente foi negativo, indicando necrose pulpar. Foi solicitada uma radiografia periapical para avaliação complementar da extensão da lesão.

Radiograficamente, verificou-se uma reabsorção óssea angular de aproximadamente 30° até a região do periápice do 41. Foi verificado também aumento de espessura do ligamento periodontal na face mesial e descontinuidade da lâmina dura (Figura 3).

Figura 3 - Radiografia periapical da região de incisivos inferiores.



Fonte: Universidade do Sagrado Coração.

O diagnóstico da paciente foi de lesão endo-periodontal grau 3 sem dano radicular em paciente com periodontite (HERRERA *et al.*, 2018). O prognóstico endodôntico foi considerado ruim e o periodontal duvidoso. Foi informado à paciente que o plano de tratamento ideal seria exodontia do dente 41 e planejamento para reabilitação com implantes. A paciente, porém, rejeitou essa opção de planejamento e decidiu manter o dente mesmo sabendo do prognóstico pouco favorável.

Para tratamento do processo agudo foi prescrito associação de amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 07 dias e metronidazol 250mg de 8/8 horas por 07 dias. Foi realizado após a antibióticoterapia, a abertura coronária e instrumentação endodôntica com medicação intra canal (hidróxido de cálcio associado a propilenoglicol), deixando-se a medicação por 30 dias. Na reavaliação endodôntica da paciente foi verificado melhora clínica e a remissão

total do processo agudo e da dor e finalizou-se o tratamento endodôntico com a obturação do canal.

Após 15 dias da obturação endodôntica, foi realizada a reavaliação periodontal da paciente e constatou-se uma redução na profundidade de sondagem para 8 mm nas faces vestibular e distal do dente 41 e redução da mobilidade dentária. Não foi verificado pós-sondagem supuração via bolsa periodontal. Nesse momento foi realizado raspagem e alisamento radicular sob anestesia local com mepivacaína com epinefrina 2% 1:100000 (Nova DFL, RJ, Brasil) com auxílio de curetas de Gracey 5/6 minifive e irrigação subgingival com soro fisiológico. Neste momento também foi detectado contato prematuro no dente 41, foi feito ajuste oclusal para remoção da prematuridade.

Paciente foi reavaliada 45 dias após a realização da raspagem e alisamento radicular e a profundidade de sondagem residual foi compatível com sulco periodontal de 2mm sem sangramento a sondagem. A mobilidade manteve-se grau II, porém estava menos que o *baseline*. A paciente está atualmente em terapia de manutenção periodontal com periodicidade de 3 meses, conseguindo-se manter de forma adequada a adesão da paciente ao tratamento periodontal e controle de biofilme com manutenção dos índices periodontais compatíveis com saúde.

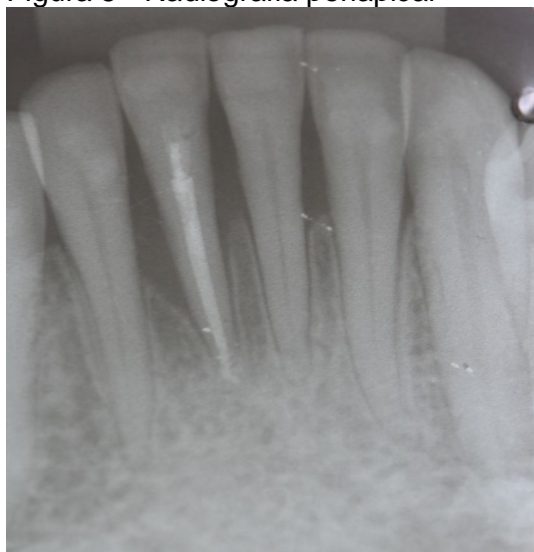
No controle referente ao dia 19 de setembro de 2019 foi realizado nova radiografia periapical notando-se espessura normal de ligamento periodontal, continuidade de lâmina dura e melhora na porção apical do defeito ósseo angular (Figura 4 e 5), sem sangramento à sondagem. A paciente mostrou-se satisfeita com resultado e manutenção do dente.

Figura 4 - Foto da região de incisivos inferiores



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 5 - Radiografia periapical



Fonte: Elaborada pelo autor.

5 DISCUSSÃO

No presente caso, vimos uma paciente com uma lesão endo-periodontal no dente 41 com prognóstico ruim do ponto de vista endodôntico e duvidoso do ponto de vista periodontal, que optou pela tentativa de manutenção dental. A princípio, devido à baixa previsibilidade de tratamento, presença de processo agudo, indicou-se de forma interdisciplinar sua exodontia reabilitação com implante e prótese. Devido a sua experiência anterior traumática com reabilitação com implantes, a paciente decidiu optar pela rejeição desse planejamento e buscar um tratamento mais conservador.

A paciente não apresentava cárie no dente 41 e a evolução do quadro clínico periodontal da paciente não era condizente com uma periodontite agressiva devido sua idade. A paciente apresentava-se com uma lesão aguda, compatível com abscesso endodôntico, porém, não havia presença de cárie.

Uma das hipóteses trabalhadas no presente caso foi de necrose pulpar devido a uma possível movimentação pela contenção ou devido ao contato prematuro. Porém, a evolução do quadro em 1 ano não era compatível com o padrão de reabsorção óssea e periodontal observada. Geralmente a necrose pulpar está associada a uma resposta periapical e sua natureza, como muitos estudos demonstraram, é microbiológica (BERGENHOLTZ 1974), porém a paciente não apresentava cárie. Há alguns relatos do rompimento vásculo-nervoso asséptico devido a contatos prematuros ou parafunções que podem levar a uma necrose pulpar (DE CARTERET EDILIN I, 1970; ESTRELA, FIGUEIREDO), porém as informações sobre este tema são limitadas e controversas na literatura.

Outra hipótese seria que a lesão apresentada fosse periodontal primária com comprometimento endodôntico secundário (SIMON *et al.*, 1972). Porém, a rápida evolução clínica, o processo agudo, a idade da paciente e a falta de comprometimento sistêmico da mesma que pudesse biomodificar a severidade de uma periodontite pregressa e justificar o achado clínico, incompatibilizava essa hipótese.

Por fim, depois de avaliações com especialistas da Periodontia, Ortodontia e da Endodontia, concordou-se da origem multifatorial da lesão, em que possivelmente havia uma periodontite leve no momento da colocação da

contenção, mais um possível trauma oclusal, comprovado pelos aspectos radiográficos e pela presença do contato prematuro, e pelo rompimento do feixe vâsculo-nervoso devido à aplicação de forças excessivas e contaminação microbiana endodôntica secundária ao agravamento da periodontite devido ao trauma oclusal (HALLMON, 1999).

A terapia de manutenção/suporte periodontal que a paciente se encontra e seu *compliance*, sua adesão consciente à terapia e controle de biofilme, corroboram para a manutenção dental e saúde bucal da paciente. A terapia de suporte periodontal é empregada sempre após o processo de biocompatibilização do meio bucal e tem como finalidade máxima a redução da probabilidade de reinfecção e da progressão da doença, manutenção dos dentes sem sensibilidade dolorosa, redução da mobilidade ou infecção persistente a longo prazo e prevenção de demais doenças bucais (MANRESA *et al.*, 2018). Autores mostraram que pacientes tratados devidamente para periodontite e em terapia de manutenção tinham mínima perda de inserção clínica anual (SUOMI *et al.*, 1971) ou manutenção dos parâmetros clínicos de inserção, sustentados em avaliação longitudinal de 15 anos (AXSELSSON *et al.*, 1991), mostrando a efetividade e previsibilidade do tratamento periodontal quando realizada devida manutenção. É recomendada a periodicidade de 2 ou 3 meses para cada terapia de manutenção (AXSELSSON *et al.*, 1991), porém a periodicidade pode ser ajustada de acordo com a condição clínica individual. Portanto, o paciente após o tratamento integrado necessita de acompanhamento periodontal sistemático para que se logre o sucesso da terapia proposta.

O tratamento da paciente levou-nos a questionar se muitos dos dentes com lesão endo-periodontal que inicialmente tiveram prognóstico duvidoso e foram indicados à exodontia não poderiam ser mantidos em função e, também, a necessidade de se criar um protocolo clínico integrado entre várias especialidades que pudessem colaborar um planejamento mais adequado para dentes com prognóstico duvidoso. Para isso, são necessários relatos de caso clínicos e estudos clínicos controlados.

6 CONCLUSÃO

Há necessidade de melhor se compreender a resposta clínica das lesões endo periodontais para que se tenha um bom prognóstico do caso e manutenção dos dentes. Para isso é imprescindível um correto diagnóstico clínico multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BERGENHOLTZ, G. **Microorganisms from necrotic pulp of traumatized teeth. Odontologisk.** Department of Endodontics, University of Gothenburg, Revy 25, 347–358, 1974.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Gunnar_Bergenholtz/publication/19009561_Micro_organisms_from_necrotic_pulp_of_traumatized_teeth/links/55e6e48608ae55b89e4082b6.pdf. Acesso em 2 nov. 2019.

DE CARTERET EDLIN, I. **Pulpal necrosis as a sequel to occlusal trauma. Dent Pract Dent Rec.** 20(8):282-4, 1970.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5270239>. Acesso em: 29 set. 2019.

ESTRELA, C; FIGUEIREDO, J.A.P. **Endodontia: Princípios biológicos e mecânicos.** Artesmédicas.

HALLMON, WW. Occlusal **trauma: effect and impact on the periodontium. Ann Periodontol,** (1):102-8, 1999.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863382>. Acesso em 14 out. 2019.