

Resolução Cirúrgica de envolvimento Endodôntico-Periodontal, com recobrimento radicular- Relato de Caso

Eduardo Augusto Pfau¹, Veruska de João Malheiros Pfau¹, Luiz Fernando Tomazinho¹, Vanessa Rodrigues do Nascimento¹, Pedro Sela², Brunna de Oliveira Pereira², Antônio Marcos Massaharo Kushino³, Fabiana Regina Francisco³.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p24-34>

Artigo recebido em 11 de Setembro e publicado em 01 de Novembro

RELATO DE CASO

Resumo

A relação entre a doença periodontal e pulpar foi descrita por vários autores do passado e já está bem definida e comprovada pela literatura. Desde então, o termo 'lesão endo-perio' tem sido usado para descrever as lesões decorrentes de produtos inflamatórios encontrados em graus variáveis, em ambos tecidos. As doenças combinadas verdadeiras apresentam, frequentemente, um prognóstico reservado. Geralmente, o tratamento endodôntico adequado resultará em cicatrização das lesões de origem pulpar. O prognóstico das doenças combinadas depende, sobretudo, do sucesso da terapia periodontal. O Objetivo deste trabalho foi relatar um caso de envolvimento Endodôntico-Periodontal, onde foi realizada também a plastia radicular e posterior recobrimento gengival cirúrgico. Conclui-se que, um bom diagnóstico, com posterior execução precisa do caso, resultaram em sucesso do caso, como pode ser visto no acompanhamento clínico do mesmo.

Palavras-Chaves: Endodôntico-Periodontal; Periodonto, Plastia.

Surgical resolution of endodontic-periodontal involvement, with root coverage - Case Report

Abstract

The relationship between periodontal and pulp disease has been described by several authors in the past and is already well defined and proven in the literature. Since then, the term 'endoperium injury' has been used to describe injuries resulting from inflammatory products found to varying degrees in both tissues. True combined diseases often have a poor prognosis. Generally, adequate endodontic treatment will result in healing of pulpal lesions. The prognosis of combined diseases depends, above all, on the success of periodontal therapy. The objective of this work was to report a case of Endodontic-Periodontal involvement, where root plasty and subsequent surgical gingival coverage were also performed. It is concluded that a good diagnosis, with subsequent precise execution of the case, resulted in the success of the case, as can be seen in its clinical follow-up.

Keywords: Endodontic-Periodontal; Periodontal; Plasty.

Introdução

A relação entre a doença periodontal e pulpar foi descrita pela primeira vez por Simring e Goldberg, em 1964. Desde então, o termo 'lesão endo-pério' tem sido usado para descrever as lesões decorrentes de produtos inflamatórios encontrados em graus variáveis, em ambos tecidos (SUNITHA et al., 2008; SINGH, 2011).

A polpa e o periodonto se originam do mesênquima, onde há uma proliferação de células ectomesenquimais para formar a papila e o folículo/saco dentário, que são os precursores da polpa e do periodonto, respectivamente (ROTSTEIN; SIMON, 2006; SUNITHA et al., 2008; NARANG et al., 2011).

Este desenvolvimento embrionário dá origem a conexões anatômicas importantes que servem como caminho de entrada ou saída de subprodutos tóxicos da polpa para o periodonto e vice-versa. Na medida em que o dente se desenvolve e há maturação radicular, a comunicação entre a polpa e o tecido periodontal se restringe a estruturas como forame apical, canais laterais/acessórios e túbulos dentinários (ROTSTEIN; SIMON, 2006; SUNITHA et al., 2008; NARANG et al., 2011; SINGH, 2011).

A doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e as doenças endo-perio combinadas requerem considerações tanto endodônticas quanto periodontais. O prognóstico da doença periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e das doenças combinadas verdadeiras depende, principalmente, da gravidade da doença periodontal e da resposta dos tecidos periodontais ao tratamento. As doenças combinadas verdadeiras apresentam, frequentemente, um prognóstico reservado. Geralmente, o tratamento endodôntico adequado resultará em cicatrização das lesões de origem pulpar. O prognóstico das doenças combinadas depende, sobretudo, do sucesso da terapia periodontal (Walton e Torabinejad, 2010).

Simring e Goldberg (1964) preconizam que o tratamento endodôntico é indicado no tratamento de doença periodontal que não responde a tratamento periodontal. Geralmente, o tratamento endodôntico é o mais previsível dos dois, mas o sucesso dessa terapêutica está dependente da conclusão do tratamento periodontal. Alguns autores demonstraram que infecções endodônticas não tratadas podem

influenciar o potencial de cura periodontal, com um maior risco de perda de adesão. A taxa de sucesso da LEP combinada sem um procedimento regenerativo concomitante varia entre os 27% e 37%, por isso, no caso de dúvida, o clínico deve tratar o dente como se fosse uma lesão endodôntica.

O Objetivo deste trabalho foi relatar um caso de envolvimento Endodôntico-Periodontal, onde foi realizada também a plastia radicular e posterior recobrimento gengival cirúrgico.

Relato de Caso

Paciente M.R.P., 44 anos, sexo masculino, compareceu a clínica odontológica da Unipar, se queixando de dor a mastigação na região posterior esquerda da maxila. Após exames clínicos, radiográficos e tomográficos, foi constatado infecção endo-periodontal acometendo as raízes vestibulares do elemento 26. O mesmo apresentava necrose pulpar, recessão radicular de aproximadamente 6 mm e profundidade bolsa também de 6 mm, com perda de inserção total de 12 mm, como mostra as figuras 1 e 2.

Fig 1



Fig 2



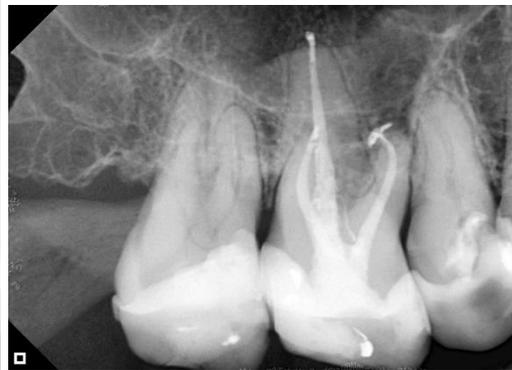
Inicialmente, foi realizado raspagem periodontal e encaminhado para tratamento endodôntico do mesmo. A endodontia foi realizada em duas sessões, com intervalo de 14 dias entre elas. Neste período, o paciente ficou com medicação intracanal a base de

Hidróxido de Cálcio e posteriormente os quatro condutos foram obturados com a técnica do cone único, como mostram as radiografias nas figuras 3 e 4.

Fig 3



Fig 4



Foi então realizado a tomografia do elemento, onde evidenciou-se que a raiz méso-vestibular encontrava-se posicionada fora da tabua óssea, vestibular. Ficando então definido que seria realizada a plastia apical desta referida raiz, a qual foi realizada com broca tronco cônica Endo-Z, removendo as ramificações apicais da mesma. Também foi realizado o reposicionamento do retalho coronalmente, estabilizado com fio de sutura de Nylon Blue 60. Esse retalho foi deslocado com auxílio de tunelizadores e também realizado um avanço coronário. Figuras 5,6,7,8

Fig 5



Fig 6



Fig 7

Fig 8



Foi realizado então a prescrição medicamentosa, com analgésico, antibiótico e anti-inflamatórios. Após 12 dias foi realizado a remoção da sutura, e acompanhamento do caso. Após 3 meses foi então feito o controle do mesmo onde apresentava saúde periodontal, boa inserção de mucosa e ausência total de sinais e sintomas, como vemos na figura 9

Figura 9



Discussão

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

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

O mesmo autor afirma que proporcionar um diagnóstico correto das lesões de endo-perio é de extrema importância para determinar o tratamento e o prognóstico destas lesões, sendo necessário realizar uma cuidadosa anamnese, exame clínico e o uso de testes especiais para sua eficácia. O tratamento endodôntico realizado com sucesso ajuda a reduzir a mobilidade do dente envolvido por lesão endo-perio. (Parolia A, et al., 2013).

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

De acordo com Simon (2013) e Gorduysus (2018), a progressão apical de uma bolsa periodontal continua até o envolvimento dos tecidos apicais e, dessa maneira, a polpa pode ficar necrosada como resultado da infecção via canal lateral, acessório ou forame apical. Quando há o envolvimento da polpa, o paciente reporta dor acentuada e sinais clínicos de doença pulpar, como teste de vitalidade pulpar negativo dependendo do grau da necrose tecidual. Essa situação existe quando a progressão apical da DP é suficiente para expor a polpa ao ambiente oral por meio dos canais laterais ou túbulos dentinários.

Simon (2013) explica que é necessário levar em consideração que essas lesões se diferem das lesões endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário, apenas pela diferença na sequência temporal dos processos de doença, mas, a nível radiográfico, essas lesões podem ser indistinguíveis das lesões

endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário. O dente afetado apresenta sondagem profunda com história de doença periodontal extensa e possível tratamento anterior.

O mesmo autor afirma que, ao executar uma raspagem e um alisamento ou outros tratamentos periodontais como, retalho cirúrgico facilita-se a passagem de patógenos periodontais, para a superfície radicular. A quantificação de dentina e cimento removida superficialmente da raiz e a resposta desse processo contra agentes irritantes são os fatores que definem uma lesão endodôntica secundária.

Conclusão

Diante deste relato de caso, pode-se concluir que o tratamento concomitante periodontal e endodôntico, nos mostra um alto índice de sucesso, no quesito pesquisa, vários autores mostraram o poder da cura de certas lesões. Neste caso não foi diferente, após 3 meses de controle, teve-se a formação da mucosa saudável e eliminou-se a infecção. E o principal, o paciente encontra-se bem, sem sintomatologias. Deve-se salientar que novas pesquisas e relatos de casos precisam ser discutidas, a fim de ajudar o C.D. na resolução de casos complexos assim.

REFERENCIAS

GORDUYSUS, MO. Endodontic-Periodontal Relationship. Common Complications in Endodontics. p. 217-42. 16. 2018

NARANG, S.; NARANG, A.; GUPTA, R. A sequential approach in treatment of perio- endo lesion. J Indian Soc Periodontol, v.15, n.2, p.177-180, 2011.

PAROLIA A, et al. Endo-perio lesion: A dilemma from 19th until 21st century. Journal of Interdisciplinary Dentistry. 2013, 3(1):2-11.

ROTSTEIN, I.; SIMON, J. H. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. Endodontic topics, v.13, p.34-56, 2006.

SARTORI S, SILVESTRI M, CATTANEO V. Endoperiodontal lesion. A case report. Journal clinic Periodontology. 2002 Aug;29(8):781-3.

SCHMIDT JC, et al. Treatment of periodontal-endodontic lesions - A systematic review. Journal of Clinical Periodontology. 2014 Aug;41(8):779-90.

SIMON JH, Glick DH, Frank AL. The relationship of endodontic-periodontic lesions. J Endod.; 39(5): e41-6. 2013.

SIMRING, M.; GOLDBERG, M. The pulpal pocket approach: retrograde periodontitis. J Periodontol, v.35, p.22-48, 1964.

SINGH, P. Endo-perio dilemma: a brief review. Dent Res J, v.8, n.1, p.39-47, 2011.

SOLOMON C, et al. The endodontic-periodontal lesion: a rational approach to treatment. Journal of the American Dental Association, 1995, 126(4): 473-479.

SUNITHA, R.; EMMADI, P.; NAMASIVAYAM, A.; THYEGARAJAN, R.; RAJARAMAN, V. The periodontal-endodontic continuum: a review. J Conserv Dent, v.11, n.2, p.54-62, 2008.

WALTON, R.E.; TORABINEJAD, M. Endodontia – Princípios e Prática. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.