



Lesão endodôntica primária sumulando uma lesão endo-perio



<https://doi.org/10.56238/levv15n38-022>

Rosana Maria Coelho Travassos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4148-1288>

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: rosana.travassos@upe.br

Andressa Cartaxo de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9896-6273>

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: andressa.cartaxo@upe.br

Diana Santana de Albuquerque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7897-2489>

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: diana.albuquerque@upe.br

Maria Alice Lopes Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9790-4636>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: mariaalice.lopes13@gmail.com

Larissa Sousa Rangel

Universidade de Pernambuco, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0607-488X>

E-mail: Larissa.srangel@upe.br

Marcely Cristiny Figueiredo Cassimiro da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0537-9761>

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: marcely.cassimiro@upe.br

Daniela Siqueira Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5600-783X>

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: daniela.siqueira@upe.br

Priscila Prosini

Profa. Dra. da Universidade de Pernambuco, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7199-0414>

E-mail: priscila.prosini@upe.br

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de retratamento com a regressão de uma lesão endodôntica, que simulava uma lesão endo-pério, com trocas mensais de pasta de hidróxido de cálcio (UltraCal®) e proservação do reparo da lesão. Paciente do sexo feminino, 47 anos, foi encaminhada para tratamento odontológico devido à necessidade de retratamento nos elementos 45 e 46. Ao exame clínico, observou-se a presença de fistula bolsa periodontal de mais de 10 milímetros na face mesial e distal, respectivamente. A tomografia computadorizada de feixe cônicoo demonstrou a presença de material obturador, bem como radiotranparência óssea periapical e lateral. O retratamento foi realizado com instrumentação rotatória (Reciproc Blue®), e o preparo do canal com Reciproc Blue. Como solução irrigadora foi utilizado o Hipoclorito de Sódio a 2,5%, e a medicação intracanal utilizada foi a pasta hidróxido de cálcio (UltraCal®) e o selamento da coroa feito com cimento ionômero de vidro. Após 3 meses, observou-se uma regressão da lesão, na proservação de 6 meses, observou-se o sucesso do tratamento apenas com a terapia endodôntica, sem a necessidade de tratamento periodontal, confirmado o diagnóstico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. Conclui-se, que o retratamento endodôntico associado à medicação intracanal determinou o sucesso clínico e radiográfico, descartando a necessidade de terapia periodontal.

Palavras-chave: Lesões endo-periodontais. Lesões endodontico-periodontais. Lesões endo-perio. Doença endodôntica.

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico das lesões endo-periodontais muitas vezes se torna um desafio, pois geralmente, são abordadas como alterações distintas e cada lesão primária pode às vezes imitar as características clínicas da outra. É fundamental que essas lesões, sejam abordadas com diagnóstico, planejamento e tratamento minuciosos, o que desempenha papel fundamental no sucesso do tratamento, sendo necessário seleção correta de materiais, técnicas adequadas e um acompanhamento meticoloso (PRASHANTHINI, et al., 2021). O tratamento de alterações endo-periodontais, costuma iniciar com a desinfecção dos sistemas de canais radiculares, seguido do intervalo de tempo para a observação do caso, e posteriormente, o tratamento periodontal. Os aspectos clínicos e radiográficos que caracterizam uma lesão endoperiodontal envolvem: bolsas periodontais profundas que atingem o ápice, resposta negativa ou alterada aos testes de sensibilidade pulpar, reabsorção na região apical ou de furca, dor espontânea ou dor à palpação e percussão, presença de exsudato purulento, mobilidade dentária, sinusite e alterações de cor da coroa e gengiva.

O periodonto íntegro é de suma importância na execução de tratamentos odontológicos. Em caso de saúde periodontal deficiente, esse pode evoluir e acarretar perda óssea e perda de inserção. A inter-relação entre a polpa e o periodonto tem sido extensivamente discutida na literatura. Sobretudo, enfatizando os caminhos para a disseminação de bactérias entre os tecidos pulpar e periodontal, havendo controvérsia quanto ao diagnóstico e classificação das lesões endoperiodontais (EPL), sendo repetidamente levantadas (DOUKI; SAAD; KHARAAT, 2022).

A infecção pulpar pode drenar através do espaço do ligamento periodontal e dar uma aparência de destruição periodontal, denominada periodontite retrógrada (BORGES; MAZIERO, 2021). Da mesma forma, infecções pulpares e periodontais podem coexistir no mesmo dente, denominadas lesões combinadas, cujo tratamento depende do grau de comprometimento dos tecidos. Tanto as doenças endodônticas como as periodontais são causadas por uma infecção anaeróbica mista. Diante disso, é de fundamental importância de haver conhecimentos científicos pelo cirurgião-dentista sobre esta etiologia para que possa distingui-la, ou seja, de origem pulpar e/ou periodontal, bem como as prováveis vias de comunicação entre a polpa e o periodonto, além de as semelhanças bacterianas. Por conseguinte, o profissional determinará o diagnóstico e a escolha para o tratamento adequado em casos de EPL e na obtenção de sucesso (GAMBIN; FERRANTI; TRENTIN, 2020). Para a resolução dos insucessos endodônticos, é necessário um planejamento detalhado de cada caso. O profissional deve lançar mão dos métodos complementares para diagnosticar e obter melhor previsibilidade do procedimento a ser realizado, tendo em vista que estes auxiliam no diagnóstico pulpar, reconhecimento de anatomias internas, planejamento e proservação (Macedo et al., 2018).

A utilização de materiais e equipamentos que qualifiquem o retratamento endodôntico é uma realidade atual, amparada cientificamente. Esses recursos possibilitam alcançar resultados clínicos satisfatórios em retratamentos endodônticos, devido ao grande sucesso na limpeza e desinfecção dos canais radiculares. A reabilitação do dente com retentor de pino de fibra foi escolhida devido às suas propriedades mecânica, estética e funcional, além de possibilitar a blindagem intracanal adequada. Portanto, tais procedimentos aliados permitiram a manutenção do dente natural e saudável na cavidade oral. (Ribeiro et al. 2022).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi o de descrever dois casos clínicos que demonstravam uma lesão endodôntica com repercussão secundária ao periodonto que teve sucesso apenas com a terapia endodôntica, demonstrando dessa forma que um acurado diagnóstico deve ser efetivo para não comprometer o resultado do tratamento.

Portanto, o objetivo desse estudo foi o de descrever um caso clínico simulando uma lesão endoperíodo que apenas o tratamento endodôntico determinou o sucesso clínico e radiográfico da lesão periapical e cortical óssea, sem necessidade de tratamento periodontal.

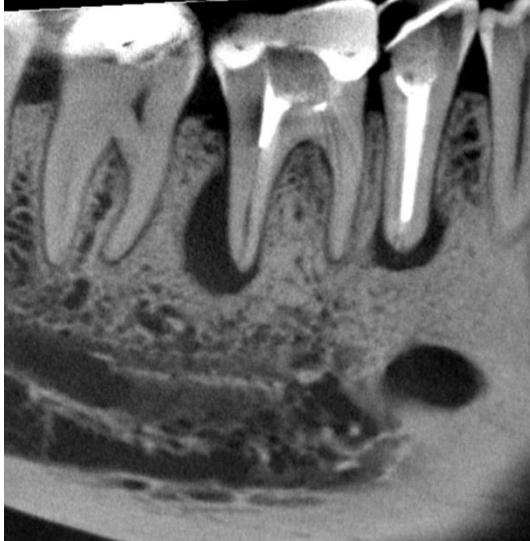
2 RELATO DO CASOS

Paciente A. S. R. procurou o consultório particular para realizar tratamento odontológico, queixando-se de dor na região inferior, principalmente à mastigação. Durante a anamnese relatou não ter nenhuma doença sistêmica, porém relatou dor. Na realização do exame clínico intrabucal observou-se, presença de fistula, bolsa periodontal de mais de 10 milímetros na face mesial do dente 45 e face distal do 46. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando

com os procedimentos propostos e ciente dos riscos do tratamento. Também foi esclarecido que, após a conclusão do caso, seria necessário retornar ao seu dentista para realizar a confecção da coroa protética, bem como o acompanhamento do tratamento realizado para avaliação da cura.

Após realizar exame radiográfico foi observada a presença de rarefação óssea periapical extensa nos dente 45 e 46 e como relatado anteriamente, presença de bolsa periodontal de mais de 10 milímetros, optou-se, a solicitação a tomografia computadorizada de feixe cônicos. (Figura 1).

Figura 1- Tomografia demonstrando lesão periapical e presença da crista óssea alveolar



Inicialmente realizou-se a anestesia do Nervo Alveolar Inferior com Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 e anestesia Infiltrativa na raiz do dente 44 com Articaina 4% com Epinefrina 1:100.000, após a anestesia foi feito o isolamento absoluto com dique de borracha, arco de Ostby dobrável e barreira gengival, o grampo selecionado foi o W2A. A abertura coronária foi realizada com uma broca FG 1014HL (KG Sorensen). A desobturação canais foi realizada com inserto ultrassônico Clearsonic (Helse Ultrasonic, Santa Rosa de Viterbo, Brazil) acoplado em um aparelho de ultrassom (WOODPECKER U600), seguido do uso de dos instrumento mecanizado Reciproc® R25. O Comprimento de Patêncio (CP) do canal foi alcançado com a lima manual #20K (Dentsply Sirona) acoplada a um localizador foraminal RomiapexTM A-15 (Romidan, Qiryat Ono, Israel). Após a determinação do diâmetro apical inicial com lima manual #20K (Dentsply Sirona), selecionou-se o instrumento Reciproc® Blue R40 (VDW) para instrumentação em 3 movimentos de avanço e recuo a cada aprofundamento, sem forçar, até atingir a medida pré-estabelecida. Na sequência, o instrumento Reciproc® Blue R50, foi utilizado para formatação final do canal do dente 45 e ampliando-o no comprimento de obturação estipulado na medida de 1 mm aquém forame apical, usado da mesma forma o instrumento R40 nos canais mesiais do dente 46. Entre as passagens de cada instrumento, houve renovação de solução irrigadora e utilização do instrumento de patêncio. A irrigação ultrassônica passiva (PUI) foi utilizada como método auxiliar no preparo químico com o inserto TRI 31 (Dental

Trinks) acoplado no ultrassom ajustado na menor potência. O inserto foi introduzido livremente na medida de 3 milímetros aquém do comprimento de trabalho. Durante o procedimento, foi usada solução de NaOCl a 2,5% e EDTA a 17%.

A obturação foi realizada pela técnica do cone único associado ao cimento AH PLUS (Dentsply Sirona) junto ao cone principal F5 (50/.05; Dentsply Sirona) no dente 45 e F4 (40/.05) nos canais mesiais e distais do dente 46. Após o corte do excesso de guta-percha, a obturadora foi comprimida em sentido vertical com calcador Odus de Deus (Golgran). (Figura 2).

Figura 2- Obturação do sistema de canais radiculares



A paciente foi encaminhada para confecção de coroa protética definitiva e orientada da necessidade em realizar acompanhamento radiográfico a cada 3 meses para avaliar o reparo clínico e radiográfico. Observou-se após esse período a diminuição da lesão do dente 44 e resolução completa do osso medular do dente 45, restabelecendo-se a crista óssea alveolar e, clinicamente, ausência de sinais e sintomas, como fistula e bolsa periodontal. (Figura 3)

Figura 3- Radiografia de controle de 3 meses



Decorrido o período de 6 meses, observou-se o sucesso do tratamento apenas com a terapia endodôntica, sem a necessidade de tratamento periodontal, confirmado a ausência de interrelação endo-periodontal. Muitas vezes, essas lesões contêm desafios que podem atrapalhar o clínico quanto ao diagnóstico e prognóstico, pois cada lesão primária pode às vezes imitar as características clínicas da outra alteração. Esses acompanhamentos em pequenos espaços de tempo, confirma o diagnóstico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, o que determinou após retratamento endodôntico, completa resolução da estrutura óssea radiotransparente apical e lateral, ou seja, neoformação óssea peripical e lateral e formação da crista óssea alveolar nos dentes citados, não exigiu a terapia periodontal que poderia destruir fibras periodontais sadias. (Figura 3)

Figura 4- Radiografia de controle de 6 meses



3 DISCUSSÃO

O uso de insertos ultrassônicos associados a limas reciprocantes e outras ferramentas são promissores na desobturação do canal radicular e no controle da infecção. Sendo assim o retratamento dos dentes iniciou-se com a Reciproc Blue R-25. O emprego do ultrassom nas diversas fases do tratamento endodôntico tem sido difundido entre os especialistas, emergindo como uma abordagem destinada a simplificar e conferir maior previsibilidade ao processo. No mercado, diversos insertos ultrassônicos endodônticos estão disponíveis, cada um direcionado a otimizar e aprimorar uma etapa específica ou necessidade no contexto endodôntico. Dentre as muitas técnicas de desobturação dos canais radiculares associados à falha do tratamento endodôntico, o uso da Clearsonic (Helse Ultrasonic, Santa Rosa de Viterbo, Brazil) mostrou-se ser a melhor opção para uma maior remoção do material contaminado, pois com a sua ponta convexa em forma de flecha permite a remoção tanto do material obturador quanto da dentina que está infectada. Frente a isso a associação com limas reciprocantes Reciproc R25 e R40 (VDW, Munique, ALEMANHA) tornou-se o padrão ouro no protocolo de desobturação dos canais radiculares (De-Deus et al, 2020). De acordo com um estudo conduzido por AlRahabi e Att9a (2019), a lima Reciproc Blue® demonstrou uma eficácia notável na

remoção de materiais obturadores do canal radicular durante o retratamento endodôntico, resultando em uma limpeza eficaz e preparo adequado do canal. Esses achados são consistentes com os resultados apresentados por **Prado et al.** (2019), que também observaram uma alta eficiência da Reciproc Blue® na remoção de obturações antigas em canais radiculares durante o retratamento endodôntico. Neste caso, encontra-se em consonância com os autores, uma vez que a partir da nossa observação clínica, a lima Reciproc Blue destacou-se em sua utilidade e eficiência. Corroborando com o resultado do presente estudo, que o retratamento endodôntico utilizando o sistema Reciproc Blue® demonstrou-se altamente eficaz, refletindo a inovação e eficiência deste método no contexto da prática odontológica. O sistema Reciproc Blue® proporcionou uma abordagem segura e eficiente para a remoção de material obturador e infecção do canal radicular, evidenciando seu potencial para melhorar os resultados clínicos e a experiência do paciente.

Somado a isso o uso de medicação intracanal é parte fundamental diante de uma infecção de origem endodôntica. O Hidróxido de Cálcio é a medicação mais estudada e utilizada para auxiliar no controle da infecção endodôntica. Atuando fazendo a dissociação iônica de Ca⁺² e OH criando um pH altamente alcalino >pH=11 quando associado a veículos viscosos. Quando usado em forma de pasta com uma lenta liberação de íons, possibilita a desinfecção do canal e auxilia no reparo da lesão. O veículo de escolha, o propilenoglicol, apresenta baixa tensão superficial em relação a outros veículos viscosos e uma menor solubilidade em relação à glicerina, promovendo concomitantemente a hidratação das estruturas que estão em contato com a pasta (Pereira et al., 2018).

Após a conclusão do retratamento endodôntico, há a necessidade de um selamento coronário adequado para evitar a recontaminação do sistema de canais radiculares e restabelecer as funções mastigatórias do elemento dental. A necessidade da sua utilização irá basear-se em parâmetros que incluem a posição do dente na arcada, a oclusão do paciente, a função do dente, a configuração do canal e a quantidade de paredes coronárias perdidas. Nesse caso, optou-se pela confecção de pino de fibra, uma vez que esta forma de reconstrução apresenta a vantagem de ser colocada imediatamente após conclusão do tratamento diminuindo o número de sessões clínicas por não envolver procedimentos laboratoriais, o que dificulta assim, a chance de recontaminação do tratamento endodôntico.

Diante de casos de reintervenções endodônticas, considera-se necessário que o operador tenha conhecimento científico e habilidade manual para executar os passos operatórios necessários que tem uma maior curva de aprendizado. Fatores como um bom prognóstico, longevidade do tratamento e sobretudo a saúde e função do dente em questão devem ser alcançados. Nesse mesmo contexto, toda terapêutica deve ser avaliada em sua proservação para confirmação final do sucesso no tratamento endodôntico. Portanto, é importante salientar que o tratamento endodôntico não termina em sua



obturação, mas após o período mínimo de proservação que varia de 6 a 12 meses (Travassos et al. 2023)

REFERÊNCIAS

Aljasser, R. al. Regenerative Therapy Modality for Treatment of True Combined Endodontic-Periodontal Lesions: A Randomized Controlled Clinical Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 12, p. 6220, 2021.

Borges, E. C. C.; Maziero, L. F. M. Endoperiodontal Lesions: classification and diagnosis. PECIBES, v. 7, n. 2, p. 57-63, 2021. ISSN-2594-9888

Chapola, R. S. Avaliação do efeito da terapia endodôntica e periodontal frente ao conteúdo infeccioso em dentes com polpas necrosadas, comprometidos pela doença periodontal crônica. 2022. 226 f. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica) - Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2021.

Douki, N.; SAAD, A.; kharaat, I. Endodontic Periodontal Lesions: Better Understanding for Better Management. Medicon Dental Sciences v.1.n.1, p. 07- 11, Feb. 2022. GAMBIN, D. J.; Cecchin, D. Aspectos clínicos e radiográficos das lesões endoperiodontais: uma revisão de literatura. Braz J Periodontol, v.18, n.3, p. 53-58, Sep. 2018.

Gambin, D. J. et al. Etiologia das lesões endoperiodontais-uma visão para o diagnóstico clínico: uma revisão de literatura. Braz J Periodontol, v. 30, n. 03, mar./jun. 2020.

Macedo, I. L. DE; Neto, I. M. Retratamento endodôntico: opção terapêutica do insucesso endodôntico / Endodontic retreatment: therapeutic option of endodontic failure. Brazilian Journal of Health Review, v. 1, n. 2, p. 421–431, 22 nov. 2018.

Nogueira, G. S. et al. A importância do criterioso exame clínico e radiográfico no diagnóstico diferencial das lesões endoperiodontais e lesões endodônticas: Relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Vol.41,n.1,pp.54-58 (Dez 2022 – Fev 2023

Prashaanthi N, et al. Prevalência de lesão endo perio - um estudo institucional. Revista Internacional de Odontologia e Ciência Oral . 2021; 8 (6):2858–2862

Queiroz GI, et al. Tratamento de lesão endo-perio. Ibero – Americana de humanidades, ciência e educação. 2022; 8(4):1778-1786

Ribeiro L. N. et al. Retratamento endodôntico associado à instalação de retentor de fibra de vidro: relato de caso. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.11, p. 73983-74001, nov., 2022.

Ruetters, M. et al. Effect of endodontic treatment on periodontal healing of grade 3 endo-periodontal lesions without root damage in periodontally compromised patient: a retrospective pilot study. Clin Oral Invest, v. 25, n.4, p.2373–2380, 2021.

Travassos, et al. Tomada de decisão frente às lesões de acometimento endodôntico-periodontal. Research, Society and Development, v. 11, n. 13, e152111335384, 2022.

Travassos, Rosana Maria Coelho et al. Retratamento endodôntico com Prodesign Logic RT: Retratamento endodôntico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 2393-2408, 2023.

Xavier , D. N. S. et al. A inter-relação entre doença periodontal e endodôntica: Revisão de literatura. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v4, 2023/04 ISSN 2178-6925.