

**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*

Andreia Carla Bezerra dos Santos¹
Carla Cabral dos Santos Accioly Lins²

Endereço para correspondência:
Andréia Carla Bezerra dos Santos:
Endereço: Rua Marechal Arthur Alvim Câmara, num:
78, ap 601, Ed Mondrian, Bairro: Jatiúca, cidade:
Maceió –AL.
e-mail: andreiaodonto@hotmail.com
fones: (082)93061600/ 3521-7034/ 3325-3984

RESUMO

Este estudo teve como finalidade avaliar o nível de conhecimento dos Especialistas em Endodontia da cidade de Maceió-AL no diagnóstico e na terapêutica das lesões endopério. Desta forma, foram enviados quarenta questionários entre os Cirurgiões-Dentistas cadastrados no Conselho Regional de Odontologia de Maceió, no ano de 2007, como especialistas. Os questionários constavam de três situações clínicas com suas radiografias digitalizadas. Os resultados mostraram a dificuldade em se diagnosticar uma lesão endopério verdadeira baseada nos exames clínicos e radiográficos. Com isso concluímos o quanto é complexo realizar diagnóstico diferencial e conseqüentemente estabelecer um tratamento adequado e termos um bom prognóstico

UNITERMOS: Endodontia, Periodontia, Diagnóstico diferencial, Plano de tratamento

ABSTRACT

This study was aimed to evaluate knowledge level of the Endodontics Experts of Maceió City – AL on endoperio lesions diagnosis and therapy. Thus, forty questionnaires were sent to the Surgeons Dentist registered as expert in the Conselho Regional de Odontologia de Maceió, [Maceió Odontology Regional Board] during 2007. The questionnaires contained three clinical situations with their digitalized radiographs. The results showed the difficulty of making the diagnosis of a real endoperio lesion based upon clinical and radiographic exams. With this was concluded how complex is to make a differential diagnose and consequently to establish an adequate treatment and also to have a good prognostic.

UNITERMS: Endodontic, Peridontic, Diagnosis diferencial, Treatment plan

1 - Especialista em Endodontia pela Universidade Federal de Pernambuco

2 - Professora do Curso de Especialização em Endodontia e do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

A lesão endopéριο verdadeira é um processo que envolve a polpa dental e as estruturas de apoio do dente, sendo de baixa prevalência e caracterizando-se pela presença de bolsa periodontal e alteração pulpar irreversível concomitantemente¹. O termo lesão endopéριο é vago, devido ao fato de não diferenciar entre lesões que são primariamente pulpares ou periodontais na origem; das lesões produzidas tanto por doença periodontal como pulpar, com a unificação de duas lesões distintas². A etiopatogenia deste tipo de patologia tem seu amparo na interrelação anatômica do periodonto e o canal radicular, suas características clínicas podem se assemelhar as das lesões endodônticas e periodontais, o que torna seu diagnóstico um procedimento difícil³. Somente por um diagnóstico cuidadoso e classificação própria, pode o mais efetivo tratamento ser planejado e selecionado⁴.

A divisão entre dente e periodonto tem sido apenas para fins didáticos, visto que existe uma íntima relação embriológica e física entre a polpa dental e o tecido periodontal já comprovado por vários estudos e dentro deste raciocínio verificou-se uma intercomunicação entre dente e estruturas de suporte através dos canais laterais, acessórios, secundários e mesmo das foraminas apicais e de furca além, do próprio forame apical⁵. Esse conjunto de comunicação constitui a base de um relacionamento funcional, mas enseja também a influência de processos patológicos de uma estrutura sobre a outra⁶ o que permite processos patológicos pulpar alterarem o periodonto, assim como doença periodontal provocar mudança pulpares⁷.

As causas determinantes ou agentes causadores das lesões conjugadas são, principalmente, devido aos microorganismos e/ou seus produtos tóxicos⁸. Assim, microorganismos e/ou produtos da desintegração periodontal poderão causar alterações irreversíveis na polpa dental, incluindo a chamada pulpíte retrógrada e a necrose pulpar⁹ mas, a total desintegração pulpar só ocorre quando todo o forame apical do canal principal está envolvido por placa bacteriana¹⁰. As alterações no periodonto ocorrem na presença da doença pulpar através das terminações do endodonto, ocasionando a chamada bolsa retrógrada¹¹.

Quando uma lesão se comunica com uma bolsa periodontal profunda, a etiologia dessa lesão pode ser tanto endodôntica como periodontal, onde a microbiota endodôntica é mista e polimicrobiana com predomínio de microorganismos anaeróbicos estritos, sendo menos complexa que a periodontal; e a microbiota periodontal possui um pequeno número de microorganismos destacando-se as *Porphyromonas gingivalis*, *Bacterioides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetecomitans*, *Prevotella* intermédia entre outros, predominando bastonetes e os organismos com motilidade¹².

Várias classificações das alterações endodôntico-periodonticas já foram formuladas no passado mas, a mais aceita foi a baseada nos fatores etiológicos e

sugerida por Simon et al.⁴ que classificou em 1972 da seguinte forma: lesão endodôntica primária, lesão periodontal primária, lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e lesão endopéριο verdadeira.

O diagnóstico diferencial é essencial na determinação dos fatores etiológicos primários e secundários, bem como na determinação da modalidade e sequência apropriada da terapia para eliminação do defeito combinado². Para tentar esclarecer é importante conhecer o comportamento clínico de ambas, o que torna a anamnese e o exame clínico criterioso muito importante para diagnóstico adequado das lesões endoperiodontais. O exame radiográfico é muito valioso como complemento do exame clínico e auxilia na obtenção do diagnóstico. A radiografia permite a verificação da integridade ou não dos tecidos periodontais e dentais, além de ser usada na preservação e análise da eficácia do tratamento empregado³.

Quando em um mesmo dente estão presentes alterações endodôntica e periodontica que não apresentam relação direta entre si, o tratamento isolado de cada processo patológico possibilitará um prognóstico favorável¹³, porém nos casos de lesão endopéριο verdadeira, ambas terapêuticas são necessárias e devem ser ocasionalmente executadas simultaneamente¹⁴. Neste tipo de lesão o prognóstico é duvidoso, não por falha na terapêutica endodôntica, mas pela extensão das lesões periodontais¹⁵.

Assim, o dente com lesão endopéριο verdadeira será portador de uma pulpopatia inflamatória ou de necrose pulpar, com repercussões no periodonto. O mesmo deverá apresentar uma lesão própria da enfermidade periodontal, como retenção de placa bacteriana, formação de bolsa periodontal e migração do epitélio juncional.

Desta forma é que nos propusemos avaliar o grau de conhecimento entre os especialistas de Endodontia da cidade de Maceió no diagnóstico e no tratamento desta patologia.

MATERIAIS E METÓDOS

Este estudo segue as normas que regem a pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução Nº 196/96. Para tanto, o projeto inicial foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco e recebeu parecer favorável sob o número de protocolo: nº 219/07.

A coleta dos dados foi realizada aplicando-se questionários para 40 profissionais Cirurgiões-Dentistas, Especialistas em Endodontia, regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Maceió. Os especialistas receberam os questionários, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram consideradas questões relativas ao serviço em que atuam como endodontistas; e três situações clínicas sobre lesão endopéριο foram

descritas e apresentadas junto com suas imagens radiográficas digitalizadas, onde o profissional estabelecia o diagnóstico e a terapêutica.

RESULTADOS

Após a aplicação dos questionários obtivemos 20 questionários como resposta, equivalendo a 50% da amostra.

O primeiro caso clínico apresentado foi de uma paciente do sexo feminino encaminhada por um cirurgião-dentista à especialização da UFPE. Durante exame clínico foi observado a presença de uma fístula, gengiva de coloração avermelhada e sulco gengival medindo 3mm. Durante exame radiográfico, uma perda óssea e uma lesão na furca foi observada, o qual foi apresentado aos endodontistas através da figura 1. Os resultados obtidos, em relação ao diagnóstico, foi de 20% afirmaram ser uma lesão puramente endodôntica, seguida por 35% em que diziam ser uma lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário, 10 % diagnosticaram a lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e 35% indicaram ser uma lesão endopéριο verdadeira. Já o resultado em relação ao plano de tratamento, foi que 30% dos participantes optaram apenas pelo tratamento endodôntico, 45% para a realização da descontaminação radicular, seguido pelo tratamento endodôntico mais tratamento periodontal e 25% para o tratamento com descontaminação radicular seguido por tratamento periodontal mais tratamento endodôntico (Gráfico 1).



Figura 1: Radiografia de diagnóstico do caso 1 referente a uma lesão endopéριο verdadeira.

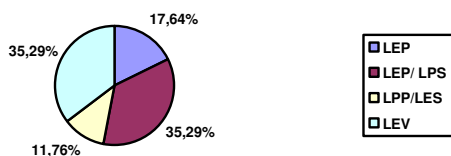


Gráfico 1A: Resultados do Diagnóstico do Caso 1.

LEP= Lesão Endodôntica Primária; LEP/LPS= Lesão Endodôntica Primária + Lesão Periodontal Secundária;

LPP/LES= Lesão Periodontal Primária + Lesão Endodôntica Secundária; LEV= Lesão Endopéριο Verdadeira.

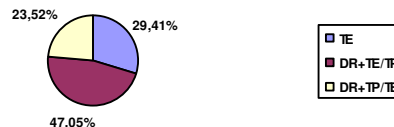


Gráfico 1B: Resultados do plano de tratamento – Caso 1.

TE= Tratamento Endodôntico; DR+TE/TP= Descontaminação Radicular + Tratamento Endodôntico/Tratamento Periodontal; DR+TP/TE= Descontaminação Radicular + Tratamento Periodontal/Tratamento Endodôntico.

O segundo caso relatado foi de um paciente do sexo masculino encaminhado para realizar tratamento endodôntico do elemento 47. O teste de vitalidade foi negativo, durante o exame clínico foi observado uma fístula, gengiva avermelhada, mobilidade grau 1 e sulco gengival medindo 2mm (figura 2). Os resultados obtidos foram que 25% afirmaram ser uma lesão puramente endodôntica, 40% disseram que seria uma lesão endodôntica primária com acometimento periodontal secundário, 5% indicaram ser uma lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário e 30% para lesão endopéριο verdadeira; já referente ao plano de tratamento, 38,88% dos profissionais encaminhariam apenas para o tratamento endodôntico, 27,77% para tratamento com descontaminação radicular seguido de tratamento endodôntico mais tratamento periodontal e 33,33% descontaminação radicular seguido de tratamento periodontal mais tratamento endodôntico (Gráfico 2).



Figura 2: Radiografia de diagnóstico do caso 2 referente a uma lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário.

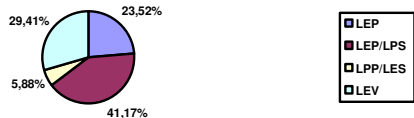


Gráfico 2A: Resultado do Diagnóstico do Caso 2.

LEP= Lesão Endodôntica Primária; LEP/LPS= Lesão Endodôntica Primária + Lesão Periodontal Secundária; LPP/LES= Lesão Periodontal Primária + Lesão Endodôntica Secundária; LEV= Lesão Endopério Verdadeira.



Gráfico 2B: Resultado do plano de tratamento – Caso 2

TE= Tratamento Endodôntico; DR+TE/TP= Descontaminação Radicular + Tratamento Endodôntico/Tratamento Periodontal; DR+TP/TE= Descontaminação Radicular + Tratamento Periodontal/Tratamento Endodôntico.

O terceiro caso clínico foi de um paciente do sexo masculino com 17 anos de idade, chegou aos nossos cuidados com encaminhamento para realizar tratamento endodôntico do elemento 44. Após o exame radiográfico observou-se lesão periapical e de furca no elemento 46 (figura 3); durante o exame clínico, foi observado sulco gengival medindo 3mm e ausência de mobilidade com teste de vitalidade positivo. Para o diagnóstico 68,42% dos entrevistados afirmaram ser uma lesão puramente endodôntica, 10,52% lesão periodontal, 15,78% lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário e 5,26% para lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário. Com relação ao plano de tratamento, 57,89% realizariam apenas o tratamento endodôntico, 10,52% apenas o tratamento periodontal, 26,31% fariam a descontaminação radicular associado a tratamento endodôntico mais tratamento periodontal e 5,26 fariam a descontaminação radicular associada ao tratamento periodontal mais o tratamento endodôntico (Gráfico 3).



Figura 3: Radiografia de diagnóstico do caso 3 referente a uma lesão endodôntica primária



Gráfico 3A: Resultado do Diagnóstico do Caso 3.

LEP= Lesão Endodôntica Primária; LP= Lesão Periodontal ; LEP/LPS= Lesão Endodôntica Primária + Lesão Periodontal Secundária

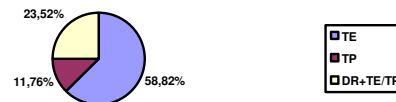


Gráfico 3b: Resultado do plano de tratamento – Caso 3.

TE= Tratamento Endodôntico; TP= Tratamento Periodontal; DR+TE/TP= Descontaminação Radicular + Tratamento Endodôntico/Tratamento Periodontal.

DISCUSSÃO

O diagnóstico e consequentemente o tratamento de lesão endopério tem sido um dos maiores paradigmas para os endodontistas, tendo em vista ter características semelhantes ao das lesões individualizadas.

Através da observação dos vários autores pesquisados, constatou-se que a grande maioria define lesão endopério como uma alteração patológica que atingem os tecidos pulpar e periodontal ao mesmo tempo^{3,1,5,6,7}.

A etiopatogenia deste tipo de patologia está relacionada na interrelação anatômica do periodonto e o canal radicular, onde as vias de comunicação entre a polpa e o ligamento periodontal são as ramificações do canal principal. Como o fator etiológico compreende os microorganismos e/ou seus produtos tóxicos, para De

Deus¹, Souza e Machado⁵, Lascala e Paiva⁹ e Soares⁷ produtos de infecção endodôntica podem causar alterações periodontais através das comunicações embriológicas existentes entre uma estrutura e outra. Contrariando estas afirmações Soares⁶ afirmou que a pulpite e necrose pulpar embora possam originar lesões, não causam a enfermidade periodontal, quando muito atuam como fatores predisponentes para o acúmulo de placa e cálculo, sendo confirmado por Meng¹¹, quando disse que este fato é comprovado clinicamente, uma vez que após a terapia endodôntica adequada, o aparelho de suporte do dente se refaz, observando-se a regressão das lesões e reparo dos tecidos; produtos da infecção bacteriana periodontal, também podem ganhar acesso à polpa via canais acessórios expostos, porém, presume-se que uma severa destruição da polpa só ocorre quando a doença periodontal alcança um estágio terminal, ou seja, quando a placa bacteriana envolve o forame apical^{5,6,11}.

Os microorganismos responsáveis pela doença endodôntica e periodontal são de natureza anaeróbia^{16,17}, o que entra em acordo pelo que foi dito pelos autores Figueiredo² e Meng¹¹ que disseram ser a infecção endopéριο de origem polimicrobiana com características anaeróbicas onde a microbiota da infecção endodôntica é menos complexa que a das infecções periodontais.

Baseado na literatura o diagnóstico diferencial é de suma importância para o tratamento correto de tais lesões^{2,11} sendo confirmado por Aguiar & Pinheiro¹⁸ e Sertori et al.¹⁹ quando afirmaram que o diagnóstico correto associado a terapêutica adequada são fatores responsáveis pelo sucesso do tratamento. Para Koyess & Fares²⁰, o diagnóstico diferencial deve ser baseado na história do paciente associado com o exame clínico e radiográfico, porém nos questionários apresentados aos endodontistas contendo estes dados foi obtido no caso (1) um percentual de 35% de acertos no diagnóstico de lesão endopéριο verdadeira, cuja alternativa era a correta, tendo em vista a perda óssea em forma de gota, rastreamento da fístula para o periodonto apresentado radiograficamente e perda óssea apenas em um elemento; no caso (2), houve 40% de acertos no diagnóstico de lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário e no caso (3) 68,42% no diagnóstico de lesão endodôntica primária também. Os resultados obtidos nos questionários confirmam o que foi dito por Chen et al.²¹ que o diagnóstico de lesão endopéριο verdadeira é frequentemente difícil, pois são vistas como entidades separadas, corroborando também com os achados de Simon⁴ que relatou, que o diagnóstico de lesão combinada verdadeira é complexa sendo, na grande maioria dos casos, possível apenas após iniciada a terapêutica.

Com relação ao tratamento, o consenso é de que tanto o tratamento endodôntico quanto o periodontal, uma vez constatada a lesão combinada, sejam realizados^{1,5,18,20}. Segundo Simon⁴ confirme esse ano do autor na doença endodôntica primária, o tratamento

consiste na terapia convencional ou conservadora do canal radicular, fato observado nos nossos resultados onde 57,89% dos especialistas disseram ser o tratamento endodôntico a primeira escolha. No que se refere ao tratamento de lesão endodôntica primária e envolvimento periodontal secundário observamos uma preferência de 20% para a alternativa que consistia no tratamento endodôntico inicial concordando com o que foi dito por Simon⁴ quando afirmou que este tipo de lesão deveria ser tratada primeiramente com terapia endodôntica sendo os resultados do tratamento preservados durante 2 a 3 meses, para depois o tratamento periodontal ser realizado caso houvesse necessidade.

Quando ocorre uma lesão combinada verdadeira, De Deus¹, Simon⁴, Silveira⁵ Soares⁶ concordaram em dizer que esta necessita tanto de terapia endodôntica como periodontal, o que foi confirmado no percentual de 45% das respostas dos questionários apresentados. Barroso¹⁰ confirmou o que foi dito anteriormente, ressaltando que o tratamento deve ser feito de forma concomitante e a obturação deverá ser realizada após o término do tratamento periodontal, já para Aguiar & Pinheiro¹⁸ afirmaram que o tratamento endodôntico deve preceder ao periodontal, fato que é de grande importância para o sucesso da terapêutica.

O prognóstico de tais lesões está na dependência do seu diagnóstico e tratamentos instituídos^{3,4,6,18} sendo confirmado nos resultados do questionário apresentados aos endodontistas da cidade de Maceió, que na grande maioria, ao instituírem um diagnóstico incorreto o seu tratamento era inadequado.

CONCLUSÃO

As lesões endopéριο verdadeiras são de difícil diagnóstico, pois nem sempre os achados clínicos e radiográficos permitirão fazer, com segurança, a distinção entre a origem de tais lesões. Desta forma, o especialista em endodontia precisa fazer um diagnóstico diferencial, para obter um plano de tratamento adequado objetivando o bom prognóstico destas lesões.

REFERÊNCIAS

- 1 - De Deus, QD Problemas endodônticos e periodônticos de interesse comum. In-----, Endodontia, 5ª ed. Rio de Janeiro, Medsi 1992; 615-26.
- 2 - Figueiredo LC, Salvador SLS, Toledo BEC, Microbiologia das lesões endoperiodontais. J bras Endo/perio 2000;3:13 – 17.
- 3 - Lamberti PLR, Albergaria SJ, Interrelação endodontia/periodontia. Rev Odontológica Univ Sto Amaro 200; 1: 8-12.
- 4 - Simon JHS. Endo-perio lesion: Trritical appraisal of the disease conduction. J. Endodontic Topics. 2006, 13: 34-56.

-
- 5 - Souza AO, Machado WAS Inter-relação entre doença periodontal e comprometimento endodôntico. Rev Bras Odontologia 1995; 52(6): 31-34.
- 6 - Soares IJ, Bittencourt AZ, Tavares T, Relações Endoperiodontais, Berger IJ, Endodontia, São Paulo, Ed. Pancast, 1989, 241-54.
- 7 - Silveira JA, Inter-Relação entre periodontia e endodontia, Lindhe J, Tratado de Periodontia clínica, 1ª Ed, Rio de Janeiro, Interamericana, 1992, 183-99.
- 8 - Dahlén G, Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal-endodontic lesions. Periodontol 2000 2002; 28: 206-39.
- 9 - Lascala NT, Paiva JG, Considerações em torno das lesões pulpo-periodontais; pulpíte e periodontite retrógradas, Paiva JG, Alvares S, Endodontia, 1ª Ed, São Paulo, Atheneu, 1978, 327-35.
- 10 - Barroso LS. Lesões endo-periodontais. Aavailable from:
<http://www.connectodonto.com.br/popnoticia.php3>
- 11 - Meng H X, Periodontic-endodontic lesions. Ann Periodontol 1999;1:84-90.
- 12 - Kuriara et al. A microbiological and immunological study of endodontic-periodontic lesions. J Endod 1995; 21(12):617-621
- 13 - Paiva JG, Antoniazzi JH, Considerações em torno de lesões pulpo-periodontais, 2ª Ed, São Paulo, 1988, 781-801.
- 14 - Brian P, The endodonti-periodontal continuum revisited: New in sights into etology, diagnosis and treatment. JVA 1997;128:1542-48.
- 15 - Jaqui L, Machtou P, Ouhayoun JP, Long-term evaluation of endodontic and periodontal treatment, Int Endodon J 1995; 28; 249-54.
- 16 - Zehnder M, Gold SI, HasselgreN G, Pathologic interactions in pulpal and periodontal tissues. J Clin Periodontal 2002; 29: 663-71
- 17 - López-Píriz R, Aguilar L, Giménez MJ, Management of odontogenic infection of pulpal and periodontal origin. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: 154-9.
- 18 - Aguiar CM. & Pinheiro JT, Combined pupal-periodontal lesion: report of a case. Int J Dent 2002; 1: 30-50.
- 19 - Sartori S, Silvestre M, Cattaneo V, Endoperiodontal Lesion. J Clin Periodontol 2002; 29:781-83.
- 20 - Koyess E, Fares M, Referred pain: a confusing case of differential diagnosis between two teeth presenting with endo-perio problems. Int Endodo J 2006; 39: 724-29.
- 21 - Chen S-Y, Wang H-L, Glickman GN, The influence of endodontic treatment upon periodontal wound healing. J Clin Periodontol 1997; 24: 449-56.