



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO

MIRELLA RODRIGUES TEIXEIRA

**TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DE LESÃO ENDOPERIODONTAL COM
48 MESES DE PROSERVAÇÃO: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2023

MIRELLA RODRIGUES TEIXEIRA

**TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DE LESÃO ENDOPERIODONTAL COM
48 MESES DE PROSERVAÇÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nicolly Parente Ribeiro Frota

FORTALEZA

2023

MIRELLA RODRIGUES TEIXEIRA

**TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DE LESÃO ENDOPERIODONTAL COM
48 MESES DE PROSERVAÇÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do Centro
Universitário Christus, como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nicolly Parente Ribeiro Frota

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. George Tácio de Miranda Candeiro

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Me. Diego Peres Magalhães

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T266t

Teixeira, Mirella Rodrigues.

Tratamento clínico-cirúrgico de lesão endoperiodontal com 48
meses de preservação: Relato de caso / Mirella Rodrigues Teixeira.
2023.

29 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque.
Coorientação: Profa. Dra. Nicolly Parente Ribeiro Frota.

1. Endodontia. 2. Periodontia. 3. Regeneração. I. Título.

CDD 617.6

Dedico este trabalho aos meus pais, Fábio Teixeira e Juciana Rodrigues, sem vocês nada disso seria possível. Obrigada por tudo que fazem por mim e minhas irmãs, tudo o que faço é para dar orgulho a vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por todas as oportunidades que tive, por ter me ajudado a vencer cada obstáculo e por estar sempre comigo.

Aos meus pais, **Fábio Teixeira** e **Juciana Rodrigues**, por nunca terem medido esforços para dar tudo o que puderam, para mim e minhas irmãs, por todo apoio e renúncia a tantas coisas para realizar esse sonho comigo. Amo vocês!

As minhas irmãs **Fernanda Teixeira** e **Amanda Teixeira**, por toda cumplicidade, apoio, união e ajuda para chegar até aqui, sou feliz por ter vocês!

Aos meus avós maternos, **Maria Leila** (*in memoriam*) e **Nicácio Alves** (*in memoriam*), sinto saudades de todos os momentos juntos, saibam que sempre serei grata a tudo que fizeram.

Ao meu avô paterno, **Fernando Florindo** (*in memoriam*), por tudo que fez pela minha família e por sempre ter estado presente, da sua forma, em vários momentos da minha vida, sentirei eternas saudades.

A minha avó paterna, **Maria do Socorro**, por todos os momentos juntas, sou grata a tudo que fez por mim.

A minha tia, **Gleiana Rodrigues**, por ter sido tão presente em minha vida, sempre apoiando, motivando e querendo o melhor para mim.

As minhas amigas de infância: **Ingrid Mendes**, por estar em todos os momentos ao meu lado e me acolher sempre em sua família; **Débora Gomes**, por sempre poder contar com a sua amizade, cumplicidade e conselhos e **Júlia Beatriz**, que nunca deixou de lado nossa amizade e sempre tinha a palavra que precisávamos no momento certo. Sou grata a Deus por todos os 18 anos juntas, que vão muito além de amizade, saibam que sempre estarei aqui para vocês.

Aos meus amigos: **Neto Azevedo**, por sua amizade e por ter se tornado um irmão para mim e **Tayane Gonçalves**, por todos os conselhos, sua amizade e sempre estar presente.

A minha amiga **Leticya Magalhães**, por ter sido minha eterna dupla, nunca ter mudado, sempre ter estado comigo durante esses 5 anos, me ensinado, muito além da Odontologia, e apoiado a cada passo.

Aos meus amigos de faculdade: **Alexandre Coelho**, por sempre ter sido presente, me apoiado e aconselhado a cada momento, **José Victor**, por sua amizade e ter me ajudado todas as vezes em que precisei e **Thays Oliveira**, por ter se tornando minha dupla e uma grande amiga nessa reta final.

Aos meus amigos/colegas de turma: **Bruno Javan**, **Yanca Tavares**, **Letícia Menezes**, **Maria de Fátima** e **Natália Trujillo**, por todos os momentos que passamos juntos, não teria turma melhor para dividir esses 5 anos.

A minha orientadora **Prof^a. Nadine Guimarães**, por ter me feito ficar ainda mais encantada com a Endodontia durante a Clínica III e por ter aceitado o convite de me orientar, dando toda atenção e suporte necessário.

A minha banca: **Prof. George Candeiro** e **Prof. Diego Peres** por todos os conselhos, orientações, ensinamentos repassados e por aceitarem fazer parte desse momento especial.

A todo **Corpo Docente**, por todos os ensinamentos, em especial a **Prof^a. Soráia Góis**, por cada conselho e apoio que sempre deu. E a todos os **funcionários** por cada auxílio que deram.

A todos amigos e colegas que me ajudaram a chegar até aqui.

“O caminho até o paraíso passa por milhas de inferno nublado”

(Imagine Dragons)

RESUMO

Uma lesão endoperiodontal caracteriza-se pelo envolvimento da polpa e periodonto do mesmo dente com inter-relação embrionária, anatômica e funcional. Essas lesões podem ter um difícil diagnóstico e o seu prognóstico é incerto. O presente estudo teve como objetivo relatar o caso da paciente S.M.F.B, sexo feminino, 37 anos, apresenta bruxismo e é hipotensa, que compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) com a queixa de ferida na região anterior da maxila dor e febre. Ao realizar o exame clínico, foi detectada a presença de edema extra e intra oral no lado direito da face, além de uma bolsa na região vestibular do dente 11, com profundidade de sondagem de 14 mm. Radiograficamente, havia a presença de rarefação óssea periapical extensa na região do dente 11 e 12, resposta negativa ao teste de sensibilidade pulpar e resultado positivo ao teste de percussão vertical ambos no dente 11. Houve melhora após a raspagem e alisamento radicular, irrigação da bolsa com clorexidina 0,2%, acesso endodôntico e prescrição medicamentosa do dente 11. Durante a evolução do caso foi confirmado também o comprometimento pulpar do dente 12 e realizado o tratamento endodôntico. No 34º dia de tratamento, observou-se uma melhora clínica significativa e a profundidade de sondagem foi 3 mm. Devido a persistência de sensibilidade à percussão, no 90º dia optou-se por realizar uma cirurgia paraendodôntica com apicectomia do dente 12. Após 48 meses, foi realizada uma nova avaliação da região acometida, a paciente apresentou-se sem sintomatologia e foi observado reparo ósseo significativo em exames de imagem.

Palavras-chaves: endodontia; periodonto; regeneração.

ABSTRACT

An endoperiodontal lesion is characterized by the involvement of the pulp and periodontium of the same tooth with embryonic, anatomical and functional interrelation. These lesions can be difficult to diagnose and their prognosis is uncertain. The present study aimed to report the case of the patient S.M.F.B, female, 37 years old, with bruxism and hypotensive, who attended the Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) complaining of a wound in the anterior region of the maxilla and fever. When performing the clinical examination, the presence of extra and intra oral edema was detected on the right side of the face, in addition to a pocket in the buccal region of tooth 11, with a probing depth of 14 mm. Radiographically, there was the presence of extensive periapical bone rarefaction in the region of teeth 11 and 12, negative response to the pulp sensitivity test and positive result to the vertical percussion test in tooth 11. There was improvement after scaling and root planing, irrigation of the pocket with 0,2% chlorhexidine, endodontic access and drug prescription for tooth 11. During the evolution of the case, pulp involvement of tooth 12 was also confirmed and endodontic treatment was performed. On the 34th day of treatment, significant clinical improvement was observed and a probing depth was 3 mm. Due to the resistance of sensitivity to percussion, on day 90°, it was decided to perform a paraendodontic surgery with apexectomy of tooth 12. After 48 months, a new evaluation of the affected region was carried out, one patient presented with no symptoms and care was observed. significant physique on imaging exams.

Key words: Endodontics; periodontium; regeneration.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO	15
3 METODOLOGIA	16
4 DISCUSSÃO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE.....	29
ANEXO	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Foto intra-oral inicial	16
Figura 2 - Foto extra-oral inicial	16
Figura 3- Foto intra-oral oclusal inicial.....	17
Figura 4– Foto intra-oral da sondagem de 14 mm com a Sonda Carolina do Norte	17
Figura 5– Radiografia periapical do dente anteriores superiores	17
Figura 6– Tomografia computadorizada corte sagital.....	18
Figura 7– Tomografia computadorizada corte axial	18
Figura 8 - Remoção da polpa dentária	18
Figura 9– Foto extra-oral após a diminuição do edema	19
Figura 10 - Foto oclusal após a instrumentação endodôntica dos dentes 11 e 12	19
Figura 11 – Sondagem de 3 mm na vestibular do dente 11	20
Figura 12– Dentes 11 e 12 após tratamento endodôntico	20
Figura 13- Remoção da lesão	21
Figura 14– Apicectomia.....	21
Figura 15– Radiografia periapical atual da região de incisivos superiores	22
Figura 16 – Tomografia computadorizada corte sagital da região do dente 12	22
Figura 17- Tomografia computadorizada corte axial	22

1 INTRODUÇÃO

O periodonto e a polpa têm inter-relação embrionária, anatômica e funcional, que perduram por toda a vida (SUNITHA; *et al* 2008). Portanto, o dente, a polpa e suas estruturas de suporte devem ser vistos como uma unidade biológica íntimamente relacionados, visto que há várias vias de comunicações entre o periodonto e o canal radicular, como forame apical, canais acessórios e os túbulos dentinários (COHEN; HARGREAVES, 2021). Essas vias têm um grande potencial de disseminação de bactérias, fungos e vírus, por isso, o sucesso da terapia periodontal e endodôntica depende da eliminação dos processos patológicos, sejam eles isolados ou como uma lesão combinada (SUNITHA; *et al* 2008).

A comunicação através dos túbulos dentinários pode se apresentar de formas diferentes, visto que o mesmo dente pode ter características diferentes de junção cimento-esmalte (JCE), podendo apresentar exposição de dentina em um lado e o outro ser coberto com cimento (SCHROEDER; SCHERLE, 1988). Os canais laterais e acessórios estão presentes no longo eixo radicular do dente, tendo maior prevalência no terço apical (HARRINGTON; STEINER; AMMONS, 2002). Estudos mostram que ao analisar 100 dentes humanos apenas 2% tinham canais localizados em uma bolsa periodontal portanto, a prevalência da doença periodontal associado a canais laterais é relativamente baixa (KIRKHAM, 1975). O forame apical é considerado a via de comunicação principal e mais direta podendo ser responsável por levar a infecção para os tecidos periapicais, causando uma resposta inflamatória local acompanhada de reabsorção óssea e radicular (ROTSTEIN; SIMON, 2004).

Para se obter um diagnóstico de uma lesão endoperiodontal deve ser realizado um exame clínico detalhado junto a exames de palpação, percussão, teste de mobilidade, sondagem e sensibilidade pulpar ao frio, além dos exames complementares de imagem (ROTSTEIN; SIMON, 2004; SUNITHA; *et al* 2008). Observando o estado clínico da lesão no momento da avaliação, a mesma é submetida a classificação das lesões endoperiodontais de 2020, independentemente da sua origem e se está aguda ou crônica (KUOCH; BONTE, 2020). A nova classificação divide em lesões com ou sem danos à raiz:

Lesões endoperiodontais com danos à raiz

São lesões associadas a trauma e/ou iatrogenias: fratura ou fissura radicular, perfuração e reabsorção radicular externa. O prognóstico é incerto para essas lesões, além da estrutura estar fragilizada, o acesso coronário ocasiona a perda de esmalte e dentina, tornando mais difícil o sucesso do tratamento. Nesses casos, é um fator desfavorável quando há uma imagem radiográfica radiolúcida periapical ou perirradicular (KUOCH; BONTE, 2020).

Lesões endoperiodontais sem danos à raiz

São lesões associadas a doenças endodônticas e periodontais, podem ter como causa: infecção endodôntica que infecta secundariamente o periodonto, infecção periodontal que afeta o canal radicular secundariamente e infecção endodôntica e periodontal concomitante (KUOCH; BONTE, 2020).

Lesões com uma origem primária periodontal têm um prognóstico mais difícil do que aquelas com origem endodôntica. Lesões endoperiodontais podem desenvolver em pacientes com ou sem periodontite, o prognóstico (favorável, baixo ou nulo) pode variar dependendo da extensão da destruição periodontal local ao redor do dente, sendo dividida em grau (I a III), como proposto pela classificação de Kuoch e Bonte (2020). O grau I indica a presença de uma estreita bolsa periodontal em uma superfície dentária, o grau II indica a presença de uma ampla bolsa periodontal em uma superfície dentária e o grau III indica uma destruição periodontal estendida a mais de uma superfície dentária, sendo o mais severo (KUOCH; BONTE, 2020).

Estudo recente indicou que o melhor tratamento deve relacionar tanto o tratamento endodôntico quanto o periodontal, sendo que a maioria dos casos relatados na literatura iniciam o protocolo clínico pela endodontia convencional seguido do tratamento periodontal (RETAMAL-VALDES; *et al* 2021). Baseado no exposto, o presente trabalho tem como objetivo abordar o tratamento clínico de uma lesão endoperiodontal e o seu prognóstico.

2 OBJETIVO

Relatar o caso clínico de uma paciente com lesão endoperiodontal, descrevendo o protocolo clínico utilizado para tratamento assim como, a preservação do caso.

3 METODOLOGIA

Paciente S.M.F.B, sexo feminino, 37 anos, que apresenta bruxismo e é hipotensa compareceu a Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) com a queixa de ferida na região anterior da maxila (Figura 1), dor e febre, também informou não haver histórico de trauma na região. Durante a anamnese, a mesma relatou estar fazendo uso dos medicamentos: Amoxicilina, Metronidazol e Ibuprofeno. Ao realizar o exame clínico, foi detectado a presença de edema extra (Figura 2) e intra oral (Figura 3) no lado direito da face, além de uma bolsa periodontal na região vestibular do dente 11, com profundidade de sondagem de 14 mm (Figura 4).

Figura 1– Foto intra-oral inicial



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 2 - Foto extra-oral inicial



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 3- Foto intra-oral oclusal inicial



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 4– Foto intra-oral da sondagem de 14 mm com a Sonda Carolina do Norte



Fonte: Arquivo Pessoal

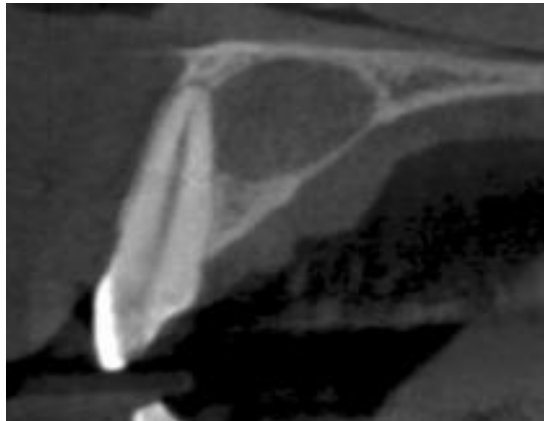
Após realizar exames radiográficos (Figura 5) foi observada a presença de rarefação óssea periapical extensa na região do dente 11 e 12 e a tomografia computadorizada (Figuras 6 e 7) descreveu a lesão como: “Pequena formação cística no osso malar direito sítio mediano adjacente a raiz dentária (abscesso apical dentário?). Demais estruturas ósseas sem alteração”. Clinicamente, foi realizado teste de sensibilidade pulpar ao frio (EndoIce Spray Maquira - Paraná) no dente 11 que obteve resposta negativa, enquanto no teste de percussão vertical a resposta foi positiva, já o dente 12 obteve resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar.

Figura 5– Radiografia periapical do dente anteriores superiores



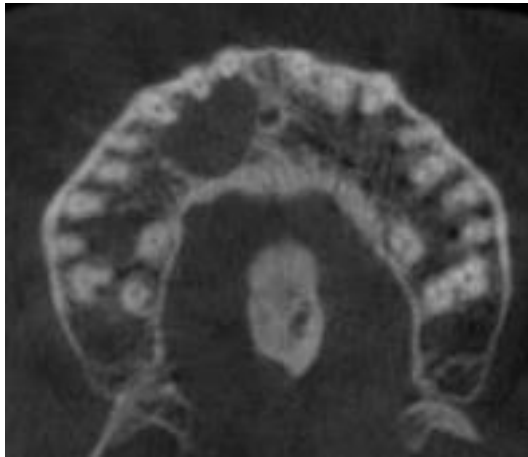
Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 6– Tomografia computadorizada corte sagital



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 7– Tomografia computadorizada corte axial



Fonte: Arquivo Pessoal

Foi iniciado o atendimento de urgência com o tratamento do periodonto através de raspagem e alisamento radicular utilizando curetas gracey (Fava, São Paulo - SP) e irrigação da bolsa periodontal com Clorexidina 0,12% (Maquira, Paraná - PR), em seguida foi feito o acesso endodôntico (KG Sorensen, SP) do dente 11 (Figura 8), descontaminação do canal e aplicação da medicação intracanal Tricresol Formalina (Biodinâmica, PR), selamento coronário com Cimento de Ionômero de Vidro convencional (CIV) (SS White, Rio de Janeiro) e prescrição medicamentosa de Dexametasona 4mg – 1 vez ao dia, durante 3 dias.

Figura 8 - Remoção da polpa dentária



Fonte: Arquivo Pessoal

No segundo atendimento, após 4 dias, foi perceptível a diminuição do edema (Figura 9). Com isso, foi dada a sequência no tratamento endodôntico. Sendo feita a remoção do CIV (SS White), da medicação intracanal e o preparo químico-mecânico com irrigação de Hipoclorito de Sódio 2,5% (Audax Butterfly, SP) do dente 11, que apresentou o comprimento real de trabalho (CRT) com o Localizador Foraminal E-PEX PRO (MK Life, Rio Grande do Sul - RS) de 23 mm, já o instrumento memória (IM) foi a lima tipo K 50 (Dentsply Sirona, SP). Para finalizar, foi aplicada pasta de hidróxido de cálcio (Dentsply Sirona) associada a Clorexidina 2% (Maquira) como medicação intracanal e restaurado provisoriamente com CIV convencional (SS White).

Figura 9– Foto extra-oral após a diminuição do edema



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 10 - Foto oclusal após a instrumentação endodôntica dos dentes 11 e 12



Fonte: Arquivo Pessoal

Com a evolução do caso, foi confirmado o comprometimento pulpar do dente 12, através do teste de sensibilidade ao frio (EndoIce), e realizado o tratamento endodôntico. A instrumentação foi feita, após a odontometria, no CRT de 24 mm e o IM foi a lima tipo K 35 (Dentsply Sirona). Por fim, foi aplicada a medicação intracanal no dente 12, feita a renovação da medicação intracanal do dente 11 e restaurado ambos os dentes provisoriamente com CIV convencional (SS White) (Figura10).

No 34º dia de tratamento, observou-se uma melhora significativa no dente 11, a profundidade de sondagem, feita com a sonda Carolina do Norte (Quinelato, SP), foi de 3 mm (Figura 11). Foi realizada a obturação dos canais dos dentes 11 e 12 com cones de guta percha (Dentsply Sirona) e cimento endodôntico Endofill (Dentsply Sirona) e restaurado (Figura 12) com CIV modificado por resina (SDI Brasil, SP).

Figura 11 – Sondagem de 3 mm na vestibular do dente 11



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 12– Dentes 11 e 12 após tratamento endodôntico



Fonte: Arquivo Pessoal

Devido a persistência de sensibilidade à percussão, no 90º dia optou-se por realizar uma cirurgia paraendodôntica. Foi aplicada a anestesia com a técnica terminal infiltrativa nos Nervos Alveolar Superior Anterior, Médio e Posterior com mepivacaína 2%. Sendo realizado

um retalho com a incisão intrasulcular da distal do dente 21 até a mesial do dente 17 com uma lâmina de bisturi nº15c (Descarparck, SP) e o descolamento gengival com o Descolador de Molt (Quinelato, SP), para exposição da área apical do elemento 12. A cirurgia seguiu sua sequência com o acesso a lesão a partir da fenestração já anteriormente presente na cortical óssea.

Foi aberta uma loja óssea (Figura 13), no intuito de remover a lesão integralmente e com o uso do Cinzel Cirúrgico (Golgran, São Caetano do Sul – SP) foi, também, feita a remoção óssea, como uma forma menos invasiva visando não romper a cápsula cística. Após a remoção da lesão e armazenamento em formol para o envio para a biópsia, foi realizada a apicectomia (Figura 14) com a broca nº701, no ângulo de 90° com o longo eixo do dente, e a lavagem do sítio de exposição com soro fisiológico (Needs Paper, Chaqueada – SP). O retalho foi reposicionado e, então, realizada a sutura. Após a cirurgia, a paciente relatou melhora da sensibilidade, não apresentando mais nenhuma queixa e o resultado da biópsia foi granuloma periapical.

Figura 13- Remoção da lesão



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 14- Apicectomia



Fonte: Arquivo Pessoal

A paciente retornou para consultas de preservação e após 48 meses, observou-se considerável reparo ósseo da região (Figuras 15, 16 e 17).

Figura 15– Radiografia periapical atual da região de incisivos superiores



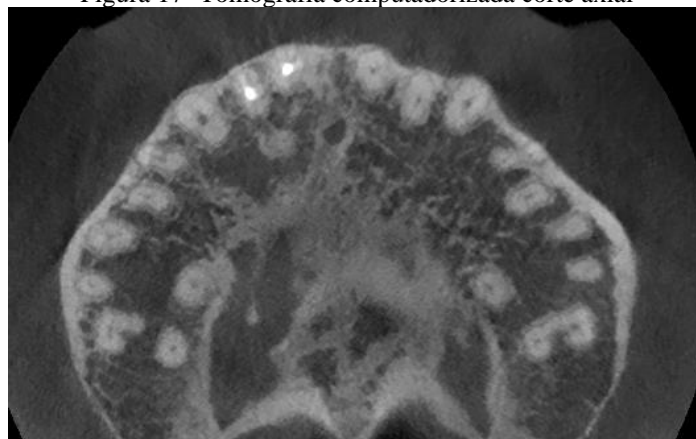
Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 16 – Tomografia computadorizada corte sagital da região do dente 12



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 17- Tomografia computadorizada corte axial



Fonte: Arquivo Pessoal

4 DISCUSSÃO

Um correto diagnóstico através de anamnese, exames periodontais, radiográficos e complementares é imprescindível para uma boa execução de um tratamento odontológico (SANTOS, 2019). Casos de lesões endoperiodontais costumam ser considerados de complexo diagnóstico devido a semelhança na microbiologia endodôntica e periodontal, pelas lesões primárias terem características clínicas semelhantes, podendo, também, ser o resultado uma da outra dificultando o diagnóstico e o correto tratamento. Uma abordagem envolvendo a Endodontia e/ou Periodontia faz-se necessária nesses casos, para estabelecer uma inibição microbiológica (GAMBIN; CECCHIN, 2019).

Ademais, ao revisar a literatura é digno de atenção o fato de os casos relatados não descreverem o tipo da classificação no diagnóstico da lesão endoperiodontal. Esse achado torna-se importante para mostrar que há uma grande dificuldade no uso dos sistemas de classificação das lesões endoperiodontais, porque, o anterior, envolvia parâmetros difíceis de serem avaliados na clínica, como o histórico da etiologia primária da lesão (endodôntica ou periodontal) (RETAMAL-VALDES; *et al* 2021). Mesmo após a nova classificação de Kuoch e Bonte (2020), os profissionais ainda utilizam a classificação de Simon, Glick e Frank (1972), que dividem as lesões em: 1- Lesões endodônticas primárias; 2- Lesões endodônticas primárias com envolvimento periodontal secundário; 3- Lesões periodontais primárias; 4- Lesões periodontais primárias com envolvimento endodôntico secundário; 5- Lesões combinadas verdadeiras. O diagnóstico do caso foi de Lesão endoperiodontal sem periodontite, sem dano radicular, grau I e como a paciente apresentava grande profundidade de sondagem, edema e diagnóstico endodôntico compatível com necrose pulpar optou-se por iniciar o tratamento conjunto.

Dessa forma, estudos mostram que quando houver drenagem de uma patologia endodôntica em direção aos ligamentos periodontais, realiza-se primeiramente a etapa endodôntica no tratamento. Já quando é feito o inverso, ou seja, realizado inicialmente o tratamento periodontal, o prognóstico do tratamento pode ser comprometido (MOURA; *et al*, 2022). Isto definido, deve ser iniciada a endodontia em múltiplas sessões, sendo indicado o uso de medicação intracanal de hidróxido de cálcio, que apresentou efeitos positivos no prognóstico de tratamentos (SANTOS, 2019). No presente estudo foi realizado o tratamento

endodôntico com a medicação sugerida na literatura, o que não divergiu dos estudos avaliados, obtendo um resultado positivo e melhora significativa.

Ademais, a medicação utilizada, hidróxido de cálcio, tem capacidade de alterar o pH, agir no meio externo por permeabilização via túbulos dentinários e ação bactericida, que são fatores que poderiam auxiliar na resposta ao tratamento (SANTOS, 2019). Ainda no âmbito da Endodontia, a clorexidina também pode ser utilizada como medicamento intracanal e cicatrizador tecidual. Porém, nesse caso, foi utilizada na irrigação da bolsa periodontal, que de 14 mm regressou para 3 mm, obtendo um excelente desempenho. Com a possibilidade do procedimento de raspagem subgingival gerar recontaminação do canal radicular, é importante realizar uma nova troca de medicação logo após cada terapia periodontal (SANTOS, 2019). Os procedimentos foram feitos de forma simultânea, sendo realizado primeiro a raspagem subgingival com alisamento radicular e, no mesmo atendimento, dado o início ao tratamento endodôntico.

Santos (2019) realizou um estudo, onde após o tratamento endodôntico, foi aplicado 3 protocolos periodontais: raspagem e alisamento radicular (G1); raspagem e alisamento radicular associado a antibioticoterapia (G2) e acesso cirúrgico periodontal (G3), onde todos resultaram em melhora no quadro clínico. Sendo que, após o período de 3 meses, o grupo da raspagem e antibioticoterapia (G2) obteve os melhores resultados no tratamento de lesões endoperiodontais, sendo seguido pelo G1 e, por último, o G3. As medicações utilizadas no estudo foram: Amoxicilina 500 mg e Metronidazol 400 mg, de 8 em 8 horas durante 7 dias. No presente estudo, foi realizado o mesmo protocolo do grupo G2, obtendo resultados similares, sendo associado o acesso endodôntico, raspagem e alisamento radicular e prescrição medicamentosa de corticoide, visto que a paciente já fazia uso dos mesmos antibióticos utilizados na literatura.

Após cerca de 2 meses, a paciente do caso em estudo relatou ainda sentir um desconforto na região anterior de maxila. Visto que houve, então, a presença de infecções intra ou extra-radulares, com bactérias persistentes e resistentes ao tratamento endodôntico, foi indicada a cirurgia paraendodôntica com apicectomia do dente 12. Os métodos cirúrgicos devem ser considerados como a última opção para esses casos, quando ainda existe uma queixa após as técnicas não-cirúrgicas (SILVA; *et al* 2021). Com isso, o presente relato de caso realizou o manejo cirúrgico após o tratamento, endodôntico e periodontal, conservador e uma minuciosa avaliação do prognóstico do plano de cuidado.

Já em relação ao intervalo de tempo entre as sessões dos tratamentos endodôntico e periodontal, pode ser considerado realizar simultaneamente ou em momentos isolados. O estudo de Gupta, Tewari e Mittal (2015) avaliou dois grupos: em um foi realizada raspagem concomitante ao tratamento endodôntico, e no outro foi empregado um período de observação de 3 meses após a terapia endodôntica. Por fim, ambos os casos apresentaram resultados semelhantes, independentemente do tempo entre os tratamentos. No caso em questão resultou em um prognóstico satisfatório a realização de forma conjunta e simultânea das áreas envolvidas. Um estudo realizado por Retamal-Valdes, *et al* (2021) mostrou que a terapia de maior prevalência realizada por cirurgiões-dentistas em casos de lesões endoperiodontais foi: “tratamento endodôntico convencional antes da terapia periodontal cirúrgica”, seguido pelo “tratamento endodôntico cirúrgico ao mesmo tempo de que o tratamento periodontal cirúrgico”, e em menor proporção “terapia periodontal não cirúrgica antes da terapia endodôntica”.

O sucesso a longo prazo depende do traçado inicial de um correto plano de tratamento, da extensão e severidade da lesão inicialmente, da eliminação de fatores etiológicos individuais, da qualificação do profissional, da motivação do paciente e da prevenção de condições que interfiram negativamente na evolução do tratamento (MOURA, 2022). Uma vez que lesões endoperiodontais têm um prognóstico ainda incerto, podemos considerar que o caso relatado obteve sucesso, após acompanhamento de 48 meses, já que os dentes estão mantidos em boca com função e estética satisfatória, com saúde periodontal, sem sintomatologia e com reparo ósseo observado nos exames de imagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que a abordagem terapêutica endoperiodontal simultânea apresentou um excelente desempenho na resolução do caso relatado obtendo, após 48 meses de preservação, saúde periodontal, ausência de sintomatologia e reparo ósseo significativo.

REFERÊNCIAS

COHEN, S; HARGREAVES, K.M. Caminhos da polpa. 12a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

GAMBIN, D. J; CECCHIN, D. Strategies for the treatment of endo-periodontais lesions- a literature review. **Braz J Periodontol.** v.29, n.1, p.30-36, 2019.

GUPTA, S; TEWARI, S; MITTAL, S. Effect of Time Lapse between Endodontic and Periodontal Therapies on the Healing of Concurrent Endodontic-Periodontal Lesions without Communication: A Prospective Randomized Clinical Trial. **J Endod.** v.41, n.6, p.785-90, 2015.

HARRINGTON, G.W; STEINER, D.R, AMMONS, W.F. The periodontal-endodontic controversy. **Periodontol 2000**, n.30, p.123-30, 2002.

KIRKHAM, D.B. The location and incidence of accessory pulpal canals in periodontal pockets. **J Am Dent Assoc**, v.91, n.2, p.353-6,1975.

KUOCH, P; BONTE, E. Endoperiodontal Lesions and Chicago's New Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v.21, p.798-802, 2020.

MOURA, J.A; MIGUEL, R.R.S; TORRES, W.N; DANTAS, J.F; FERRAZ, N. Diagnosis and treatment of endo-periodontal injury: a literature review. **Research, Society and Development.** v. 11, n.8, 2022.

RETAMAL-VALDES, B; JABUR, K.R.N; MONTEIRO, S. F; OLIVEIRA, L. M; TAVARES, R. Q; GONÇALVES, C; FERES, M. Tratamento das lesões endo-periodontais: uma revisão de escopo. **Revista Científica Multidisciplinar.** v.2, n.2. p. 339–400, 2021.

ROTSTEIN, I; SIMON, J.H. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. **Periodontol 2000**, n.34 p.165-203, 2004.

SANTOS, C.H.S.D. **Avaliação de diferentes protocolos clínicos para tratamento de lesão endoperiodontal: 3 séries de casos.** 2019. 67 f: Tese (Doutorado em Biopatologia Bucal) -

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos, 2019.

SCHROEDER, H.E; SCHERLE, W.F. Cemento-enamel junction – revisited. **J Periodont Res**, v.23, n.1, p.53-9, 1988.

SILVA, S.A; LARANJEIRA, A.C.S; VELOZO, C; MONTENEGRO, L.A.S; BERNADO, B.B.B; SANTOS, M.B.S; ALBUQUERQUE, R.M; ALBUQUERQUE, D.S. Regeneration after paraendodontic surgery in tooth with extensive bone fenestration - Case report with 3 years follow-up. **Research, Society and Development**. v.10, n.4, 2021.

SIMON, J. H. S; GLICK, D.H, FRANK, A. L. The relationship of endodontic-periodontal lesions. **J. Periodontol. Califórnia**, v. 43, n. 4, p. 202-208, 1972.

SUNITHA, V. 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.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do trabalho “**REGENERAÇÃO PERIODONTAL PÓS TRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**”, tendo como pesquisador responsável **Nadine Luisa Guimarães Albuquerque**, professor do curso de graduação de Odontologia do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS. Este estudo tem como objetivo geral relatar o caso de um paciente adulto, normosistêmico, com uma lesão endodôntica - periodontal. Os procedimentos envolvidos nesse trabalho baseiam-se na análise das fotografias clínicas intra e extra-orais, radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas, bem como os demais exames complementares eventuais realizados para diagnóstico, planejamento, execução, e acompanhamento do seu tratamento, por indicação terapêutica para melhoria da sua saúde, como documentado em seu prontuário. Todos os dados armazenados individualmente e identificados por código. As informações conseguidas através de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto os responsáveis pelo projeto. A divulgação das informações mencionadas somente será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você terá o benefício de ter todo o seu caso clínico analisado e avaliado, em todos os seus pelos responsáveis do projeto. Não haverá qualquer tipo de gasto financeiro devido à sua participação no trabalho.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que **todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.**

A qualquer momento o familiar ou responsável legal poderá desistir de participar e retirar sua autorização. A retirada da autorização não trará nenhum prejuízo para assistência do paciente feita pela Instituição de ensino Unichristus. De acordo com a lei que protege o paciente que participa do projeto (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde), informamos as seguintes garantias:

1. Ter contato, em qualquer parte do estudo, com profissionais responsáveis pelo trabalho, para qualquer esclarecimento de qualquer dúvida.

2. O curso de Odontologia da Universidade Christus – Unichristus está situado na Rua João Adolfo Gurgel 133, Bairro Coco, CEP 60190-180, Fortaleza-CE.
3. Retirar sua autorização a qualquer momento do trabalho, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer tipo;
4. Receber garantias de que não haverá publicação de seu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco sua privacidade ou tornar público os dados;
5. O trabalho oferece risco mínimo, mas em caso de danos pessoais, diretamente causados pelos procedimentos (nexo causal comprovado), o participante terá direito a indenização legalmente estabelecida, paga com moedas concorrente pelo pesquisador.

Prof. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque (orientadora). Telefone para contato: (85) 9 8817 2484.

Eu, Nadine Luisa Guimarães Albuquerque, pesquisador responsável por este projeto, assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Nadine Luisa Guimarães Albuquerque
Pesquisador Responsável

Eu, RG-nº _____

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

S.M.F.B

ANEXO

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGENERAÇÃO PERIODONTAL PÓS TRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Nadine Luísa Guimarães Albuquerque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62921022.0.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.673.316

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso clínico prospectivo que se propõe a descrever técnica de tratamento de lesão endo-perio.

Objetivo da Pesquisa:

Relatar um caso clínico de uma paciente com lesão endodôntica – periodontal, conhecer a etiologia e descrever o protocolo para atendimento de pacientes acometidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios (TCLE): "...Você terá o benefício de ter todo o seu caso clínico analisado e avaliado, em todos os seus pelos responsáveis pelo projeto. Não haverá qualquer tipo de gasto financeiro devido à participação no trabalho."

Riscos (TCLE): "O trabalho oferece risco mínimo, mas em caso de danos pessoais, diretamente causados pelos procedimentos (nexo causal comprovado), o participante terá direito a indenização legalmente estabelecida, paga com moedas concorrente pelo pesquisador."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

Continuação do Parecer: 5.673.316

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2006447.pdf	26/08/2022 22:45:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	26/08/2022 22:44:40	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/08/2022 22:43:15	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizado.pdf	25/08/2022 16:06:27	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Outros	Fieldepositorio.pdf	25/08/2022 15:59:25	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	25/08/2022 15:58:36	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/08/2022 15:56:22	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/08/2022 15:55:27	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2022 15:55:09	Nadine Luísa Guimarães Albuquerque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-6668 **Fax:** (85)3265-6668 **E-mail:** fc@fchristus.com.br

Continuação do Parecer: 5.673.316

FORTALEZA, 29 de Setembro de 2022

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br