Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v4,2023/04
ISSN 2178-6925

# A INTER-RELAÇÃO ENTRE DOENÇA PERIODONTAL E ENDODÔNTICA: REVISÃO DE LITERATURA

# THE INTERRELATION BETWEEN PERIODONTAL AND ENDODONTIC DISEASE: LITERATURE REVIEW

**David Nathan Souza Xavier**
Aluno da graduação de odontologia da Alfa Unipac, Teófilo Otoni/Brasil
E-mail: david.nathan257@gmail.com

**Dayana Teixeira Borges**
Aluno da graduação de odontologia da Alfa Unipac, Teófilo Otoni/Brasil
E-mail: dayanatb2017@gmail.com

**Rodrigo Tavares Almeida**
Especialista em Implantodontia pela Faculdade Unidas do Norte – FUNORTE, em 2022 e docente da Alfa Unipac, Teófilo Otoni/Brasil
E-mail: rodrigotavares142@hotmail.com

Recebimento 11/04/2023 Aceite 18/04/2023

## Resumo

A inter-relação entre doença periodontal e endodôntica tem gerado confusão, questionamentos e controvérsias. A diferenciação entre problemas periodontais e endodônticos pode ser difícil. Um dente sintomático pode ter dor de origem periodontal e/ou pulpar, sendo importante incialmente, determinar a etiologia desse problema. Procedimentos de diagnóstico clínico e avaliação radiográfica ajudam a elucidar a natureza do problema. Em alguns casos, a influência da patologia pulpar pode criar envolvimento periodontal. Em outros, a patologia periodontal pode criar patologia pulpar. Assim, o objetivo geral deste estudo foi relacionar e destacar as lesões endoperiodontais (EPL) a partir da revisão de literatura, de forma a definir adequadamente o diagnóstico e tratamento. O presente estudo é uma revisão de literatura, cujos estudos estão indexados nas seguintes bases *PubMed/Medline, Lilacs, Scielo, Google scholar, Springer link e Elsevier/ Science Direct* com recorde temporal de 2017 a 2022, em português e inglês selecionados 16 estudos. Concluiu-se, portanto, que a combinação de diferentes protocolos clínicos é uma necessidade na prática cirúrgica. É fundamental ter conhecimento da etiologia e a patogênese da doença para um correto diagnóstico definitivo, pois a partir dessas informações possibilita a aplicação de métodos adequados e uma modalidade de tratamento precisa da EPL. A abordagem multidisciplinar completa de ambos os aspectos de EPL é importante para os resultados bem-sucedidos a longo prazo.

**Palavras-chave:** lesões endoperiodontais; diagnóstico; classificação; tratamento.

## Abstract

The interrelationship between periodontal and endodontic disease has generated confusion, questions and controversies. Differentiating between periodontal and endodontic problems can be difficult. A symptomatic tooth may have periodontal and/or pulpal pain, and it is important to initially determine the etiology of this problem. Clinical diagnostic procedures and radiographic evaluation help to elucidate the nature of the problem. In some cases, the influence of pulpal pathology can create periodontal involvement. In others, periodontal pathology can create pulpal pathology. Thus, the general objective of this study was to relate and highlight endoperiodontal lesions (EPL) from the literature review, in order to properly define the diagnosis and treatment. The present study is a literature review, whose studies are indexed in the following databases PubMed/Medline, Lilacs, Scielo, Google scholar, Springer link and Elsevier/ScienceDirect with a time record from 2017 to 2022, in Portuguese and English selected 16 studies. It was concluded, therefore, that the combination of different clinical protocols is a necessity in surgical practice. It is essential to have knowledge of the etiology and pathogenesis of the disease for a correct definitive diagnosis, as this information enables the application of adequate methods and a precise treatment modality for PLE. A thorough multidisciplinary approach to both aspects of EPL is important for successful long-term outcomes.

**Keywords:** endoperiodontal lesions; diagnosis; classification; treatment.

## 1. Introdução

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).

O periodonto e a polpa estão profundamente conexos, havendo conexões anatômicas e vasculares. Os túbulos dentinários, os canais laterais, assim como os acessórios e o forame apical são as principais vias anatômicas pelas quais a polpa e o ligamento periodontal se comunicam (CHAPOLA, 2021). As vias anatômicas que conectam os tecidos são os forames apicais e os ramos do sistema de canais radiculares, também denominados canais acessórios, que podem se comunicar com o ligamento periodontal. A maioria deles está localizada no terço apical (RUETTERS *et al.,* 2021).

Além disso, sulcos palatogengivais, perfurações radiculares e fraturas

radiculares verticais têm sido descritos como vias comunicativas. Essas vias permitem a troca de bactérias e bioprodutos inflamatórios entre a polpa e o ligamento periodontal. De tal modo, uma doença periodontal primária pode ocasionar o processo degenerativo na polpa e, igualmente, uma infecção intrapulpar na qual pode degenerar o periodonto (CHAPOLA, 2021).

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 (GONÇALVES; MALIZIA; ROCHA, 2017).

As semelhanças entre a flora bacteriana endodôntica e a flora das bolsas periodontais sugerem que infecções cruzadas são possíveis. No entanto, a flora do ligamento periodontal parece ser muito mais complexa do que a flora do canal radicular (RUETTERS *et al.,* 2021).

Em 1972, o estudo de Simon e colaboradores classificaram didaticamente e explicativamente as lesões endodôntico-periodontais de modo mais convencional e dividiram-nas em grupos, as quais envolveram os tecidos periodontal e pulpar, “baseando-se causa primária das patologias, no diagnóstico, prognóstico e tratamento” (SIMON *et al.,* 1972 apud CHAPOLA, 2021, p.34).

O tratamento da EPL lesão endoperiodontal depende do diagnóstico e diferenciação entre doença endodôntica e doença periodontal MAITI; KALA; BABAKULIYE (2021). Logo, é fundamental compreender qual classificação deve ser adotada para melhor manejo, assim como é importante estabelecer um plano de tratamento adequado de acordo com o tipo de lesão para garantir o prognóstico mais favorável, pois estes tipos de lesões podem ser muito variáveis e, por vezes, imprevisíveis.

Sabendo a importância em compreender a EPL, e muitas das vezes, podem ser um desafio para os dentistas na prática clínica diária, a relevância desse estudo está em por contribuir no campo cientifico visando fortalecer as evidências para o manejo e tratamento de EPL. Isto posto, o presente estudo teve como objetivo geral

relacionar e destacar a as lesões endoperiodontais (EPL), a partir da revisão de literatura, de forma a definir adequadamente o diagnóstico e tratamento.

## 2. Revisão da literatura

### 2.1 Lesões endoperiodontais (EPL): condições clínicas, etiologia e fatores de risco

Segundo Herrera *et al.* (2018), as EPL são condições clínicas que envolvem tanto a polpa quanto os tecidos periodontais e podem ocorrer de forma aguda ou crônica. Quando estão associadas a um evento traumático ou iatrogênico recente (por exemplo, fratura ou perfuração radicular), a manifestação mais comum é um abscesso acompanhado de dor. No entanto, as EPL em indivíduos com periodontite, normalmente apresenta progressão lenta e crônica sem sintomas evidentes.

Steffens e Marcantonio (2018) relataram que os sinais e sintomas mais comuns associados a um dente afetado pelas EPL são bolsas periodontais profundas atingindo ou próximas ao ápice e resposta negativa ou alterada aos testes de vitalidade pulpar. Por ordem de prevalência dos demais sinais e sintomas, se referem a reabsorção óssea na região apical ou de furca (onde as raízes começam a se dividir do tronco radicular), dor espontânea ou à palpação e percussão, exsudato purulento, mobilidade dentária, alterações da fístula, coroa e coloração gengival.

Uma EPL estabelecida está sempre associado a vários graus de contaminação microbiana da polpa dentária e dos tecidos periodontais de suporte. No entanto, a etiologia primária da EPL pode estar associada a infecções endodônticas e/ou periodontais ou trauma e/ou fatores iatrogênicos (KERNS.; GLICKMAN[1], 2011 apud CHAPOLA, 2021).

A etiologia das EPL pode ser de tanto de causa periodontal como endodôntica. No entanto, conforme destacaram Gambin, Ferranti e Trentin (2020), essa etiologia pode ser distinta e se inter-relacionar em determinada situação, podendo ser citada: a microbiota, anatomia dental (forame apical, canais acessórios e túbulos

[1] KERNS, D.G.; GLICKMAN, G.D. Inter-relações Endodônticas e Periodontais. In: HARGREAVES, M. K; COHEN S. **Caminhos da Polpa**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.598-612.

dentinários), lesão cariosa e o ciclo evolutivo da doença periodontal.

Conforme Chapola (2022), as EPL como fenômeno dinâmico e gradativo originam devido a necrose pulpar em um dente afetado periodontalmente, ocorre em razão a uma alta carga microbiana alojada dentro dos canais radiculares. Ou seja, a polpa dentária já se encontra em seu grau de mortificação, sendo está a parte mais interna do dente onde localiza os nervos e os vasos sanguíneos. Pode ser observada através da radiografia a formação da lesão intraóssea e emersão na superfície radicular.

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).

Segundo Herrera *et al.* (2018), os principais fatores de risco para a ocorrência dessas lesões são a periodontite avançada, trauma e eventos iatrogênicos. Outros fatores também, se referem a presença de sulcos, envolvimento de furca, coroas de porcelana fundida com metal e lesões cariosas ativas. Envolvimento de furca, alto nível de destruição óssea ao redor do dente afetado e problemas anatômicos (por exemplo, presença de sulcos) podem piorar o prognóstico da EPL. A maioria das EPL únicas em pacientes não periodontais relatados na literatura foram associados a sulcos.

## 2.2 Fisiopatologia e características histológicas

Chapola (2022) explicou que a polpa dentária e o periodonto possuem diferentes vias de comunicação, como os forames radiculares apicais, canais acessórios (ou laterais) e túbulos dentinários.

Herrera *et al.* (2018) evidenciaram que os canais acessórios são mais prevalentes no terço apical das raízes, mas podem ser encontrados em grande número em outras áreas, como nas regiões de furca. A comunicação patológica entre essas estruturas, que inclui a migração de microrganismos e mediadores

inflamatórios entre o canal radicular e o periodonto, pode levar a lesão endoperiodontal.

**2.3 Procedimentos de diagnóstico clínico**

Para um diagnóstico preciso, conforme destacou Chapola (2022), primeiramente deve ser avaliada a história do paciente e realizar uma anamnese detalhada. Além disso, conforme Herrera *et al.* (2018), identificar adequadamente a etiologia da doença, e um exame visual. Para uma avaliação criteriosa é importante investigar raízes e ápices. Com o dedo indicador, a mucosa é pressionada contra o osso cortical subjacente. Isso detectará a presença de anormalidades perirradiculares ou zonas "quentes" que produzem uma resposta dolorosa à pressão digital (PAPAPANOU *et al.,* 2018).

– Percussão: embora este teste não revele a condição da polpa, ele indica a presença de uma inflamação perirradicular. Uma resposta positiva anormal indica inflamação do ligamento periodontal que pode ser de origem pulpar ou periodontal. A sensibilidade das fibras proprioceptivas em um ligamento periodontal inflamado ajudará a identificar a localização da dor. Este teste deve ser realizado com cuidado, especialmente em dentes altamente sensíveis (PAPAPANOU *et al.,* 2018).

– Exame de mobilidade: a mobilidade dentária é diretamente proporcional à integridade do aparelho de inserção ou à extensão da inflamação no ligamento periodontal. A hipermobilidade é bastante comum em casos de envolvimento endodôntico primário e não deve ser confundida com a verdadeira mobilidade causada pela destruição periodontal. Em casos de patologia endodôntica primária, a mobilidade desaparece dentro de uma semana após o início da terapia endodôntica (CHAPOLA, 2021).

– Exame radiográfico: a interpretação de discretas lesões periapicais ou laterais e discretas lesões periodontais é de importância clínica para sugerir a causa da lesão e os procedimentos diagnósticos adequados a seguir para confirmar a causa. No entanto, quando há evidência radiográfica de que a perda óssea se estende desde o nível da crista óssea até o ápice do dente ou próximo a ele, a radiografia é de pouco valor para determinar a causa (JIVOINOVICI *et al.,* 2017).

– Rastreamento de fístula: é realizado inserindo um material radiopaco semirrígido no trajeto do seio até encontrar resistência. Os materiais comumente usados incluem cones de guta-percha ou cones de prata pré-amolecidos. Uma radiografia é então feita, que revela o curso do trato sinusal e a origem do processo inflamatório (GAMBIM; LEAL, 2019)

– Sondagem periodontal: é realizado para averiguar alguma anormalidade na profundidade de bolsas periodontais e possibilidade de danos ao periodonto (CHAPOLA, 2022).

– Teste de sensibilidade pulpar: realizado para averiguar se há comprometimento pulpar. Resultando positivamente, é anulada a origem endodôntica da lesão (PAPAPANOU *et al.,* 2018).

Herrera *et al.* (2018), completou afirmando sobre a importância do histórico do paciente na identificação da ocorrência de um trauma, instrumentação endodôntica ou preparo de pinos. Se um ou mais desses eventos forem identificados, exames clínicos e radiográficos detalhados devem ser realizados para buscar a presença de perfurações, fraturas e trincas ou reabsorções radiculares externas. A avaliação radiográfica cuidadosa e o exame clínico da anatomia radicular são de grande importância nesta fase, para avaliar a integridade da raiz e ajudar no diagnóstico diferencial. Um sulco radicular, por exemplo, pode simular uma fratura radicular vertical na radiografia.

Ainda conforme Herrera *et al.* (2018), caso não sejam identificadas perfurações e fraturas, o diagnóstico deve passar para uma segunda fase que consiste na avaliação periodontal de toda a boca, incluindo profundidade de sondagem, nível de inserção, sangramento à sondagem, supuração e mobilidade, bem como testes de vitalidade dentária e percussão. A presença de uma bolsa periodontal atingindo ou próximo ao ápice combinada com a ausência de vitalidade pulpar indicaria a presença de um EPL.

## 2.4 Classificação

Douki e Kharaat (2022) argumentaram que as lesões periodontais endodônticas ainda são controversas quanto a classificação, sendo imprescindível

classificá-las para compreender suas características e auxiliar na melhor forma de trata-las.

Conforme supracitado, a classificação mais convencional utilizada para lesões endodôntico-periodontais foi dada por Simon *et al.* (1972 apud CHAPOLA, 2021) separando lesões envolvendo tecidos periodontais e pulpares nos seguintes grupos:

– A) Lesão endodôntica primária: pode causar lesões periodontais secundárias. Uma polpa infectada sempre levará a uma reação periapical se nenhum tratamento endodôntico for realizado. Nem sempre pode ser previsto se esta reação leva a uma lesão periodontal, pois isso depende da situação individual. As reações também podem ocorrer em canais radiculares acessórios na furca ou na parte central da raiz. Às vezes, essas lesões imitam os estágios iniciais da periodontite (RUETTERS *et al.,* 2021).

– B) Lesão periodontal primária: causada principalmente por patógenos periodontais. Nesse processo, a periodontite crônica progride apicalmente ao longo da superfície radicular. Na maioria dos casos, os testes pulpares indicam uma reação pulpar clinicamente normal. Frequentemente há acúmulo de placa e cálculo e as bolsas são mais largas. Maior extensão da bolsa periodontal e perda óssea alveolar são sinais comuns. O prognóstico depende do estágio da doença periodontal e da eficácia do tratamento periodontal. (CUCOLO *et al.,* 2021).

– C) Lesões combinadas:

– C.1) Lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário: o sistema de canais radiculares torna-se principalmente infectado como resultado de cárie dentária, lesões traumáticas e microinfiltração coronal. A inflamação ou necrose pulpar pode levar a uma resposta inflamatória no ligamento periodontal no forame ou forame apical ou no local de um canal lateral ou acessório. A lesão inflamatória resultante pode variar em extensão, desde um processo inflamatório mínimo confinado ao ligamento periodontal até uma extensa destruição do ligamento periodontal, cavidade dentária e osso circundante. Tal lesão pode resultar em um inchaço localizado ou difuso que pode ocasionalmente envolver a inserção gengival. Uma lesão relacionada à necrose pulpar também pode resultar em um trato sinusal drenante que drena através da mucosa alveolar ou gengiva inserida, mas pode ocasionalmente drenar através do sulco gengival do dente envolvido ou através do

sulco gengival de um dente adjacente (CHAPOLA, 2021).

– C.2) Lesão periodontal primária com envolvimento endodôntico secundário: com a progressão da periodontite (PD≥ 6 mm, sangramento à sondagem, perda óssea alveolar), canais acessórios ou laterais ou envolvimento do forame apical pode levar à necrose pulpar. A sensibilidade pulpar responde negativamente (CUCOLO *et al.,* 2021).

– C.3) Lesões combinadas verdadeiras: são quando lesões periodontais e endodônticas que se desenvolvem de forma independente e após se comunicam. Clinicamente, tende a haver um envolvimento de lesão de furca em molares, variando conforme a gravidade (GONÇALVES; MALIZIA; ROCHA, 2017). Outros aspectos clínicos são importantes observar na lesão o envolvimento periapical e periodontal do elemento dentário, através de alguma comunicação em comum (GAMBIN; CECCHIN, 2018).

Segundo Herrera *et al.* (2018), uma recente proposta de alteração nesta classificação se baseou em suas categorias na fonte primária de infecção (canal radicular ou bolsa periodontal), parecendo ser uma abordagem adequada, pois as lesões de origem periodontal podem ter um prognóstico pior do que as de origem endodôntica.

Conforme Ivanov e Mlachkova (2022), as EPL podem se desenvolver pela extensão da destruição periodontal apicalmente combinada ao mesmo tempo com uma lesão periapical apical existente ou com lesão apical inexistente. De acordo com a nova classificação proposta das doenças e condições periodontais e peri-implantares, estas são classificadas em dois grupos principais, sendo, EPL com dano radicular e EPL sem dano radicular.

## 2.5 Tratamento

Conforme destacaram Herrera *et al.* (2018), as emergências odontológicas comuns requerem tratamento imediato. Algumas formas de tratamentos são:

– Raspagem e alisamento radicular (indicado para doença periodontal primária) o ou profilaxia profissional: fragmentos de cálculo desalojados podem ser empurrados para os tecidos, ou raspagem inadequada pode permitir que o cálculo

permaneça em áreas de bolsas profundas, enquanto a parte coronal obstruiria a drenagem normal (MEIRA *et al.,* 2022);

– Terapia periodontal cirúrgica: associada à presença de corpos estranhos, como membranas para regeneração ou suturas (RETAMAL-VALDES et al., 2021);

– Ingestão sistêmica de antimicrobianos, sem desbridamento subgengival, em pacientes com periodontite grave também pode causar formação de abscesso, provavelmente relacionado a um supercrescimento de bactérias oportunistas (HERRERA *et al.,* 2018);

– Uso de outras drogas: por exemplo, Nifedipina (KOLLER-BENZ; FRITZSCHE; KRAPF[2], 1992 apud HERRERA *et al.,* 2018).

Nas lesões combinadas cujas infecções podem haver cura, deve haver a remoção da placa bacteriana no tratamento periodontal e a eliminação da contaminação do canal radicular na endodontia, com isso, o seu prognóstico torna-se mais favorável. Os fatores etiológicos devem ser removidos (GAMBIN; CECCHIN, 2018).

Segundo Cucolo *et al.* (2021), em casos em que há ocorrência concomitante de EPL no mesmo dente, recomenda-se o tratamento combinado procedimentos terapêuticos. Ruetters *et al.* (2021) afirmaram haver pouca evidência sobre o efeito de diferentes protocolos de tratamento para EPL de grau 3 sem dano radicular em pacientes com periodontite de acordo com a nova classificação da doença periodontal.

## 3. Discussão

A presente revisão da literatura enfatizou sobre a inter-relação entre doença periodontal e endodôntica relacionada a EPL, discorrendo sobre as condições clínicas, etiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, juntamente com a classificação e a proposta de novas classificações. Conforme corroborado na literatura aqui exibida, para muitos autores (JIVOINOVICI *et al.,* 2017; HERRERA *et al.,* 2018; GAMBIN; FERRANTI; TRENTIN, 2020; CHAPOLA, 2021; DOUKI; SAAD;

[2] KOLLER-BENZ, G.; FRITZSCHE, A.; KRAPF, R. Nifedipine induced gingival abscesses. **Br Dent J.** v. 304, p. 1225, May. 1992. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.304.6836.1225

KHARAAT, 2022), as EPL podem ocorrer devido à conexão vascular entre a polpa e o periodonto. Portanto, uma adequada desinfecção e selamento do sistema endodôntico, pode contribuir para a cicatrização da EPL primária (HERRERA *et al.,* 2018; GAMBIN; CECCHIN, 2018; BORGES; MAZIERO, 2021; CHAPOLA, 2021; CUCOLO *et al*., 2021; MEIRA *et al.,* 2022).

Os germes microbianos e produtos tóxicos do canal radicular infectado, atravessando os canais e acessórios da furca, podem promover a formação de fístulas e afetar o aparelho de suporte dentário (JIVOINOVICI *et al.,* 2017; GAMBIN; CECCHIN, 2018; HERRERA *et al*., 2018; STEFFENS; MARCANTONIO, 2018; RUETTERS *et al.,* 2021). Nos achados publicados, Jivoinovici *et al*. (2017) Herrera *et al.* (2018) e Cucolo *et al.* (2021) relataram a infecção endodôntica aumenta a possibilidade de formação de bolsa periodontal, sendo essa um fator de risco na progressão da doença periodontal. Portanto, uma lesão endodôntica primária que drena os ligamentos periodontais deve ser tratada inicialmente com tratamento endodôntico, pois a remoção dos ligamentos periodontais agressivos e a cicatrização periodontal do cemento tem uma influência negativa (CHAPOLA, 2021; RUETTERS *et al.,* 2021).

Os sintomas da periodontite marginal, como a presença edema gengival, mobilidade dentária, reabsorção óssea demonstrada radiologicamente, bolsas periodontais profundas purulentas, podem ser tão bons quanto uma causa desencadeada por um aspecto endodôntico (JIVOINOVICI *et al.,* 2017; HERRERA *et al.,* 2018; CHAPOLA, 2021; CUCOLO *et al.,* 2021; RETAMAL-VALDES *et al.,* 2021; RUETTERS *et al.,* 2021; DOUKI; SAAD; KHARAAT, 2022; MEIRA *et al.,* 2022).

A reciprocidade entre a polpa e a patologia periodontal não se limita à possibilidade de desencadear a primeira da segunda. As pulpopatias que ocorrem em meio já instaladas podem piorar o progresso das doenças periodontais (JIVOINOVICI *et al.,* 2017). Concernente ao efeito marginal da periodontite na polpa dentária, Jivoinovici *et al.* (2017) destacaram que as mesmas vias anatômicas que regem a expansão da patologia pulpar marginal das estruturas periodontais fornecem o efeito oposto da patologia periodontal marginal do corpo pulpar.

As lesões endodônticas primárias, geralmente cicatrizam após uma desinfecção endodôntica. O selamento do sistema e a radiografia de controle são realizados após um ano, quando pode ser observado o reparo ósseo. Além disso,

requer uma terapia periodontal invasiva que deve ser adiada até após a conclusão do tratamento endodôntico (DOUKI; SAAD; KHARAAT, 2022; IVANOV; MLACHKOVA, 2022).

Em casos de EPL combinadas, o prognóstico costuma ser melhor em dentes molares do que em dentes não molares, devido à possibilidade de realizar técnicas alternativas de ressecção radicular com maior perda de inserção clínica, mantendo as raízes remanescentes (CUCOLO *et al.,* 2021). O tratamento de EPL combinadas não difere do tratamento dado quando os dois distúrbios ocorrem separadamente. A parte da lesão sustentada pela infecção do canal radicular geralmente pode ser resolvida após o tratamento endodôntico adequado. A parte da lesão causada pela infecção da placa também pode cicatrizar após a terapia periodontal, embora pouca ou nenhuma regeneração do aparelho de inserção possa ser esperada. Isso sugere que quanto maior a parte da lesão causada pela infecção do canal radicular, mais favorável é o prognóstico para a regeneração da inserção.

É importante ressaltar que o tratamento endodôntico em um dente com comprometimento periodontal pode resultar em insucesso se a periodontite não for tratada devido às vias de comunicação que podem ocorrer entre a polpa e o periodonto, inclusive via túbulos dentinários (GAMBIN; FERRANTI; TRENTIN, 2020; CHAPOLA, 2021), canais acessórios(HERRERA *et al.,* 2018; GAMBIN; FERRANTI; TRENTIN, 2020; RUETTERS *et al.,* 2021; CHAPOLA, 2022; CUCOLO *et al.,* 2021), e canais localizados no telhado da furca (HERRERA *et al.,* 2018; GAMBIN; CECCHIN, 2018; STEFFENS; MARCANTONIO, 2018; RUETTERS et al., 2021).

Em suma, uma vez estabelecido o diagnóstico correto e a lesão sendo classificada corretamente, o tratamento é indicado, podendo consistir em terapia endodôntica pura, terapia periodontal pura ou ambas. Em contrapartida, o prognóstico dessas lesões depende as estruturas envolvidas. Quando há perda extensa de fixação, o prognóstico do dente geralmente é ruim, mas pode ser melhorado com enxerto ósseo e regeneração tecidual guiada.

## 4. Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo relacionar e destacar as EPL definindo

adequadamente o diagnóstico e tratamento. Concluiu-se, portanto, que a combinação de diferentes protocolos clínicos é uma necessidade na prática cirúrgica. Portanto, é fundamental ter conhecimento da etiologia e a patogênese da doença para um correto diagnóstico definitivo, pois a partir dessas informações possibilita a aplicação de métodos adequados e uma modalidade de tratamento precisa da EPL. A abordagem multidisciplinar completa de ambos os aspectos de EPL é importante para os resultados bem-sucedidos a longo prazo.

**Referências**

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.

CUCOLO, F. C. C. *et al.* Endo-perio lesions prevalence in non-molar and molar teeth: a pilot study. **Rev. de Odontol. da UNESP**, v.50, e20210037, p. 01-11, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-2577.03721

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 endo-periodontais: uma revisão de literatura. **Braz J Periodontol,** v.18, n.3, p. 53-58, Sep. 2018.

GAMBIN, D. J.; FERRANTI, K. N.; TRENTIN, M. S. Etiologia das lesões endo-periodontais-uma visão para o diagnóstico clínico: uma revisão de literatura. **Braz J Periodontol,** v. 30, n. 03, mar./jun. 2020.

GAMBIM, D. J.; LEAL, Luciana Oliveira. Diagnóstico e prognóstico de lesões endoperiodontais: uma revisão de literatura. **Braz J Periodontol**, v. 29, n. 01, 2019.
GONÇALVES, M. C.; MALIZIA, C.; ROCHA, L. E. M. D. D. Lesões endodôntico-periodontais: do diagnóstico ao tratamento. **Periodontia,** v.27, n.1, p. 40-45, 2017.

HERRERA, D. *et al.* Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. **J Periodontol**, (Suppl 1):S85–102, 2018. DOI: https://doi.org/10.1111/jcpe.12941

IVANOV, I.; MLACHKOVA, A. Surgical Treatment of Endo-Periodontal Lesion – a Case Report. **Folia Medica**, v. 64, n.6, p. 985-990, 2022.DOI: 10.3897/folmed.64.e68427

JIVOINOVICI, R. *et al*. Clinical radiological aspects of primary endodontic lesions with secondary periodontal involvement. **J Med Life**, v. 10, n. 1, p. 70, jan./mar. 2017. PMID: 28255382; PMCID: PMC5304378.

MAITI, N; KALA, D.; BABAKULIYEV, A endoperio lesion. **Turkish Journal Physiotherapy and Rehabilitation**, v. 32, n. 3, p. 1108-1114, 2021.

MEIRA, L. T. *et al.* Full-mouth ultrasonic debridement in the treatment of patients with diabetes and severe chronic periodontitis: preliminary study. **RGO**, Porto Alegre, v. 70, e20220012, p.01-11,2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-86372022001220200104

PAPAPANOU, P.N. *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **J Periodontol,** v. 89, p. S173-S182, mar. 2018. DOI: https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721

RETAMAL-VALDES, B. *et al*. Tratamento das lesões endo-periodontais: uma revisão de escopo. **RECIMA 21**, v. 2, n. 2, p. 339-400, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i2.83

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. DOI: https://doi.org/10.1007/s00784-020-03560-6

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Rev. de Odontol. da UNESP**, v. 47, p. 189-197, jul./ago. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704