

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

REGIANE BERNARDES SILVA DOMINGUES

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM
SESSÃO ÚNICA X MÚLTIPLAS SESSÕES

ARACAJU
Dez/2010

REGIANE BERNARDES SILVA DOMINGUES

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM
SESSÃO ÚNICA X MÚLTIPLAS SESSÕES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado á Coordenação do
Curso de odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos pré – requisitos para obtenção
do grau de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof^o. Msc.
Domingos Alves dos Anjos Neto

Aracaju
Dez/2010

REGIANE BERNARDES SILVA DOMINGUES

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM
SESSÃO ÚNICA X MÚLTIPLAS SESSÕES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado á Coordenação do
Curso de odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos pré – requisitos para obtenção
do grau de bacharel em odontologia.

Aprovada ___/___/___.
BANCA EXAMINADORA

Prof. ° MSC. Domingos Alves dos Anjos Neto
ORIENTADOR/ PRESIDENTE DA BANCA

Prof. ° MSC. José Mirabeau de Oliveira Ramos
1 °EXAMINADOR

Prof. ° MSC. MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA
2 ° EXAMINADOR

A você meu grande amor, que muito me incentivou, que deu Confiança, que me passou inspiração para que eu cursasse o curso de Odontologia, muito obrigada.

Rodrigo Domingues

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus:

Por me ajudar em todas as horas, pois sem ele seria impossível chegar até aqui.

Á minha família em especial, ao meu pai que está do lado de Deus olhando por mim e onde quer que esteja sei que está em paz e torcendo por mais uma conquista minha. E também á minha mãe, que com seu amor e carinho que sempre me apoiou.

Aos meus irmãos:

Que da maneira deles sempre torceram por mim.

Ao meu esposo

Pelo seu apoio e compreensão e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida. Muito Obrigada, Te amo muito.

Agradeço ao meu Orientador

Ao meu grande amigo e Prof. MSC. Domingos Alves dos Anjos Neto, por sua paciência e dedicação que durante todo o curso, muito ensinou e por dar grande contribuição para a conclusão deste trabalho, serei eternamente grata.

Agradeço aos meus colegas

Que estiveram durante todos os dias presentes comigo, dos quais aqui construí grandes amizades e em especial Melynna, Bruna, Jamile, Jailson, João Renato e Marcus que sempre estiveram comigo ao decorrer do curso pois, lembrarei de todos com muito carinho.

*" Há pessoas que nos falam e nem as escutamos;
há outras que nos ferem e nem cicatrizes deixam;
mas há aquelas que simplesmente aparecem em nossa
vida e nos marcam para sempre."
(Cecília Meireles)*

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÃO ÚNICA X MÚLTIPLAS SESSÕES

Regiane Bernardes Silva Domingues
Domingos Alves Dos Anjos Neto

RESUMO

A complexidade do sistema de canais e as limitações das técnicas e instrumentos fizeram com que o tratamento endodôntico fosse quase sempre realizado em duas ou mais consultas, entretanto, já é antigo o desejo de fazê-lo em sessão única, procedimento que tem sido cada vez mais defendido por adeptos da técnica, já por outro lado as evidências científicas relatam sobre a impossibilidade de se combater a infecção endodôntica de todo o sistema de canais radiculares incluindo a infecção extra-radicular, biofilme bacteriano apical, observados nos canais radiculares de dentes com necrose pulpar e nítida lesão periapical, quando o tratamento é realizado em uma única sessão, sendo desta forma para alguns, o melhor tratamento a aplicação de um curativo de demora nos canais radiculares com o objetivo de combater a infecção, deste modo o objetivo deste trabalho foi discutir e fazer uma análise crítica sobre os vários pontos que envolvem o tratamento endodôntico em sessão única ou múltiplas sessões, realizando uma revisão de literatura, uma vez que a endodontia tem alcançado grande avanço e muitos dos seus aspectos continuam sendo motivo de polêmica e indefinição.

Palavras – Chave

Tratamento endodôntico, sessão única, múltiplas sessões.

ABSTRACT

The complexity of the system of canals and the limitations of techniques and instruments made the Endodontic treatment were almost always carried out in two or more queries, however, already is old desire to do it in single session, procedure that has been

increasingly defended by supporters of technique, already on the other hand the scientific evidence reports about the impossibility of combat infection endodôntica of the whole system of canals including extra-radicular infection, bacterial biofilm, observed in apical root canals of Pulpal teeth with necrosis and sharp injury periapical, when the treatment is performed in a single session, being this way for some, the best treatment to apply a bandage of delay in root canals with the goal to fight infection, thus the purpose of this work was to discuss and make a critical analysis on the various points that involve the Endodontic treatment in single session or multiple sessions, conducting a literature review, since the Endodontics has achieved breakthrough and many of its aspects are still cause for controversy and vagueness.

KEYWORDS

Endodontic treatment, single session, multiple session

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve uma verdadeira revolução nos avanços tecnológicos e biológicos do tratamento endodôntico (ESTRELA, 2004).

Durante muito tempo, o teste bacteriológico utilizado no preparo do canal radicular era uma das práticas rotineiras na clínica endodôntica, porém o seu desuso veio devido á dificuldade de execução e o tempo necessário para que o resultado fosse dado (HOLLAND et al, 2003).

Sendo assim, muitos autores têm preconizado o uso da medicação intracanal entre as sessões, principalmente em casos de necropulpectomia, uma vez que não se pode definir clinicamente que tipo de microrganismo está infectando o sistema de canais radiculares e o grau de envolvimento dos tecidos apicais e periapicais (HOLLAND et al, 2003; SIQUEIRA JR. LOPES, 2004; ESTRELA, 2004).

Entretanto, alguns autores têm questionado a utilização da medicação intracanal, uma vez que clinicamente, a dor e o processo de reparo se deram de forma igual aos casos em que os dentes foram tratados em mais de uma sessão (SOLTANOFF ,MONTCLAIR, 1978; FAVA, 1989; HIZATUGU et. al. , 2000).

É de consenso geral que nos casos de biopulpectomia o tratamento endodôntico pode ser realizado em uma única sessão (HOLLAND et al, 2003; PANZARINI, 1996), porém a grande discussão entre os endodontistas e os pesquisadores está no fato da necessidade ou não do emprego da medicação intracanal entre as sessões nos casos de necropulpectomia.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi de realizar uma revisão de literatura sobre os diferentes pontos de vistas do tratamento endodôntico em uma ou múltiplas sessões.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os artigos selecionados para a revisão de literatura buscaram discutir e fazer uma análise crítica sobre os vários pontos que envolvem o tratamento endodôntico em sessão única ou múltiplas sessões. O levantamento bibliográfico foi realizado nos bancos de dados BIREME (MEDLINE e LILACS), PUBMED e PERIODICOS CAPES até outubro de 2010.

Albashaireh et al (1998) comparam a endodontia em sessão única versus múltiplas sessões. Os autores selecionaram trezentos pacientes com tratamentos de canais realizados por um único operador e foram divididos em grupos em únicas ou múltiplas sessões. A freqüência de dor pós - obturação foi registrado e avaliado durante 30 dias. Os dados foram analisados estatisticamente para determinar a relação da dor, analisando a idade e sexo dos pacientes. A incidência significativamente maior de dor pós - obturação foi encontrada no grupo visita múltipla (38%) do que na única visita (27%) em 24 h. Nenhuma correlação significativa foi encontrada entre dor pós - obturação e qualquer outro fator, com a ressalva de que os dentes que tinha polpas não vitais e antes do tratamento foram associados a uma incidência maior da dor, onde foi significativamente constatada nos grupos que obtiveram várias visitas e associados com o tratamento dos dentes não-vitais.

Chagas et al. (2000) avaliaram a situação do tratamento endodôntico em sessão única de dentes necrosados com lesão apical, em Universidades dos EUA. Através de questionários enviadas por meio de cartas, sendo 8 perguntas objetivas e uma subjetiva para saber a conduta clínica dos profissionais. Os autores concluíram que há grande número de universidades norte - americanas que praticam tratamento endodôntico em

sessão única com dentes necrosados e com lesão periapical, onde há grande número de profissionais que usam hipoclorito de sódio a 2,5 % e 5,25% com substância irrigadora e uso de brocas Gates - Glidden para preparo de 2 terços cervicais e também relata não existir diferença relacionada com o pós – operatório quando comparado com obturação imediata ou mediata, e maior parte usa instrumentação coroa – ápice para manter o forame apical.

Resende; Arruda; Silva (2000) avaliaram o tratamento endodôntico de dentes necrosados em sessão única. Os autores realizaram uma revisão de literatura observando o tratamento endodôntico em uma sessão para casos de necrose pulpar. Concluíram que há divisão de opiniões sobre o assunto, e que a maioria dos trabalhos não apresentam diferença estatisticamente significativa em relação à dor pós-operatória, a taxa de sucesso em longo prazo, e ocorrência de flare – ups quando se compara ao número de sessões em que se realiza o tratamento endodôntico, e ainda que o sucesso não dependa do número de sessões e sim da técnica bem executada.

Soares e César (2001) avaliaram clinicamente e radiograficamente o tratamento endodôntico em sessão única em dentes com lesões periapicais crônicas. Pacientes entre 19 a 54 anos, que possuíam dentes assintomáticos totalizando 30 dentes anteriores e pré-molares com diagnóstico de necrose pulpar associada à área radiolúcida periapical com dimensão mínima de 10 mm. Foram utilizados no estudo preparo químico mecânico dos canais radiculares utilizando soro fisiológico estéril, onde transferiram amostras microbiológicas para meio de cultura por caldo infusão e tiogliconato, com incubação aeróbia e microaerófila. Após o tratamento endodôntico concluído e o tempo de preservação de 12 meses, quatro docentes calibraram e interpretaram individualmente as radiografias para diagnóstico. No pós-operatório imediato, 16,6% dos pacientes apresentaram dor espontânea e incidência de dor do tipo severa flare-ups” foi da ordem de 3,3%. Aos 12 meses, todos os pacientes estavam assintomáticos e sem fístulas, todavia, apenas 46,4% apresentaram completa resolução das áreas radiolúcidas periapicais. Portanto, em médio prazo, o tratamento endodôntico em sessão única proporcionou 100% de sucesso clínico, mas reduzido percentual de sucesso radiográfico, segundo os autores.

Barros et al. (2003) avaliaram o tratamento endodôntico em sessão única ou múltiplas sessões através de 87 entrevistas realizadas com endodontistas clínicos em

Goiânia. Através dos dados obtidos, foi observado que dos entrevistados 84 (96,5%) admitem a realização em única sessão e três (3,45%) entrevistados não realizam tratamento endodôntico em única sessão, mas 49 (56,87%) somente realizam efetivamente entre 5% a 40% dos casos tratados. Somente 1 entrevistado relatou realizar 99% dos casos em uma sessão única. Desta forma observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados indica tratamento endodôntico em sessão única em algumas situações, no entanto o número de tratamento efetivamente realizados fica abaixo de 50%.

Oginni e Udoeye (2004) realizaram um estudo para encontrar a incidência de obturação pós-flare-ups após o tratamento endodôntico em uma ou mais sessões e estabelecendo a relação entre pré-operatório e pós-obturação em pacientes com dor encaminhados para terapia endodôntica em um hospital de ensino da Nigéria. Os dados foram coletados : estado de vitalidade pulpar, a presença ou ausência de dor pr -operatório, e p s-obtura o. A dor foi caracterizada como leve, nenhuma, moderada e grave. Os pacientes foram avaliados em três períodos específicos, e assim analisados entre os períodos de 7 e 30 dias. A presença ou ausência de dor, ou o grau adequado da dor foi anotada para cada visita e o intervalo entre as visitas. Os autores concluíram que maior incidência de dor pós-obtura o e flare-ups eram em pacientes que haviam realizado procedimentos em uma única sessão. Pois a terapia endodôntica sessão única pode ser uma alternativa segura e eficaz para o tratamento.

Domingues – Falqueiro e Gioso (2007) realizaram uma compara o entre sessão única utilizando o “curativo de demora no tratamento endodôntico em cães observando os aspectos histopatológicos e microbiológicos. Os autores realizaram um estudo em quatro cães com 40 dentes utilizando segundo e terceiro pré-molares superiores e segundo, terceiro e quarto pré-molares inferiores divididos em dois grupos, onde dois animais foram submetidos a tratamento em sessão única ou em duas sessões. Um grupo foi tratado em sessão única, usando hidróxido de cálcio associado ao paramonoclorofenol canforado (PMCC) como curativo de demora e foi obturado com guta-percha e óxido de zinco e eugenol e outro grupo tratado em duas sessões e recebeu o PMCC que permaneceu no canal por 30 dias e foi obturado com o mesmo material do outro grupo. Foi feito controle clínico e radiográfico quinzenalmente e após 60 dias foi retirado um bloco contendo dente e periodonto para análise histopatológica e microbiológica. Quanto a análise

histopatológica observou – se intensa resposta inflamatória em todos os grupos. Já a análise microbiológica apresentou redução microbiana mais acentuada no grupo tratado em sessão única, contudo, bactérias ainda foram observadas nos dois grupos evidenciando que nenhum tratamento utilizado foi totalmente eficiente.

Figini et al (2008) avaliaram através de formulários coletados em bases de dados o tratamento endodôntico realizado em uma ou mais sessões. Os resultados foram considerados pelo número de dentes extraídos por problemas endodônticos, sucesso radiológicos (ausência de radiolusência periapical) depois de pelo menos um ano; dor pós-operatória, uso de analgésico, inchaço, ou formação da faixa da cavidade e a frequência do sucesso radiológico e dor no pós-operatória imediata não foram significativamente diferentes entre os tratamentos de sessão única ou múltiplas sessões. Os pacientes que tiveram o tratamento em sessão única, relataram maior frequência de uso de analgésico e inchaço, mas os resultados de inchamento não foi significativamente diferente entre os dois grupos. Os autores concluíram que não existe diferença na eficácia do tratamento de canal, em termos de sucesso radiológico, entre os tratamentos em uma ou mais sessões. A maioria das complicações a curto e longo prazo também são semelhantes em termos de frequência, embora os pacientes submetidos a uma sessão pode ter uma frequência um pouco maior do inchaço e são significativamente mais propensos a tomar analgésicos.

Gurgel-Filho et al (2007) avaliaram “in vitro” a efetividade do preparo químico – mecânico com ou sem uso de hidróxido de cálcio com medicação intracanal em 40 dentes pré molares frente ao *enterococcus faecalis* após o tratamento endodôntico realizado em uma ou em múltiplas sessões. Após 60 dias de contaminação com *E. faecalis*, os canais radiculares foram preparados pela técnica coroa – ápice associada à irrigação com clorexidina 2% gel. Foram divididos em dois grupos experimentais, tratados em uma única visita ou em várias visitas, e dois grupos de controle. O grupo de múltiplas sessões recebeu um curativo com hidróxido de cálcio por 14 dias (CalenTM) e o grupo de única sessão não recebeu qualquer medicação. Nos dois grupos controle, os canais foram preenchidos com Brain Heart Infusion (BHI), após instrumentação e preparação com clorexidina gel 2% ou água destilada. Amostras microbiológicas foram coletadas dos canais radiculares e para contagem de unidades formadoras de colônia em cada fase do tratamento foi utilizado pontas de papel estéril dentro do lúmen do canal radicular. As

colônias bacterianas residuais foram então mensuradas. Os resultados mostraram que o preparo biomecânico com clorexidina gel 2% sem curativo intra - canal reduziu 100% a contaminação por *E. Faecalis* do lúmen do canal radicular. Por 14 dias o hidróxido de cálcio permitiu um pequeno crescimento do número de bactérias, mas sem diferença estatística entre os grupos. Conclui - se que diferenças estatísticas houve entre resultados entre sessão única e várias sessões na desinfecção do canal radicular.

Silvieira et al (2007) compararam em sessão única e avaliaram em cães, a resposta dos tecidos perirradiculares ao tratamento endodôntico de canais infectados em uma única sessão ou em duas consultas, usando diferentes medicamentos, lesões perirradiculares foram induzidas pela inoculação de *Enterococcus faecalis* nos canais radiculares. Sessenta e sete raízes vitais dos pré-molares inferiores de seis cães adultos, machos com peso médio de 10 kg foram utilizados neste experimento. Após 6 meses, os canais tratados em sessão única apresentaram uma taxa de sucesso de 46% dos casos. Quando a medicação usada entre as sessões foi o hidróxido de cálcio associado com o PMCC, 74% dos casos resultaram em sucesso e nos casos em que o óleo ozonizado foi de 77%. Conclui –se o tratamento em duas sessões oferece uma taxa de sucesso mais alta quando comparado à terapia em uma sessão. Além disso, o óleo ozonizado mostrou potencial para ser usado como medicação intracanal.

Zaia (2008) abordou sobre os avanços atuais do tratamento endodôntico, levando em consideração a conduta que tem cada vez mais adeptos na endodontia é o tratamento em sessão única. A literatura é rica em trabalhos que mostram suas vantagens, como também contém diversos trabalhos que ressaltam a importância de colocar curativo intracanal e realizar o tratamento em várias sessões. Como essa discussão persiste na literatura científica há mais de 30 anos, uma conclusão simples que se pode tirar disso é que ambos os tratamentos podem ser realizados com sucesso. Não se justifica, portanto, protelar a conclusão do tratamento com trocas de curativo, mantendo o dente com restauração provisória e limitando sua função na cavidade bucal.

Ince et al (2009) analisaram a incidência de dor pós-operatória quando o tratamento foi realizado em uma ou mais sessões em dentes com polpas vitais e não vitais. Foram selecionaram 306 pacientes com dentes apresentando necessidade de tratamento endodôntico, onde dois clínicos experientes trataram os pacientes, e dividiram aleatoriamente em dois grupos. No grupo 1 foram os canais foram obturados, na mesma

sessão e no grupo 2 foram medicadas e obturados após uma semana. Três dias após a instrumentação do canal radicular de cada dente, os pacientes foram questionados se eles experimentaram alguma dor pós-operatória para avaliar o nível de desconforto. Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado. Não houve diferença significativa na dor pós-operatória entre os dentes vitais e não vitais ($p > 0,01$). Leve, moderada e dor intensa ocorreram em 31,4%, 13,7% e 4,6% dos dentes vitais, respectivamente, dor pós-operatória em 107 dentes (69,9%) e 106 (69,3%) dos grupos de tratamento único e múltiplas visitas, respectivamente. Não houve diferença significativa na dor pós-operatória entre os dois grupos ($p > 0,01$). Os autores concluíram que a prevalência da dor pós-operatória não diferiu entre os dentes vitais e não vitais. A maioria dos pacientes em ambos os grupos relataram nenhuma ou apenas dor leve.

Kalhor e Mirza (2009) realizaram um estudo sobre flare-ups após o tratamento endodôntico em sessão única. Foram selecionados 100 pacientes de acordo com a idade, sexo, tipo de dente, estado pré-operatório da polpa e dos tecidos periapicais, dor e agravo do inchaço (flare-ups) no pós-operatório, após 1 dia, 7 dias e 1 mês, do término do tratamento endodôntico em sessão única. Analisando cada dente tratado, os fatores clínicos e as condições existentes antes e após o término do tratamento os dados foram colhidos e registrados. Os autores observaram que três dos cem casos mostraram flare-ups após tratamento em consulta única. Por outro lado, casos não apresentaram surtos no período do estudo. Nenhuma das variáveis estudadas mostrou qualquer relação estatisticamente significativa na taxa de surtos em sessão única. Os autores concluíram que o tratamento de canal em sessão única foi mais seguro em termos de endodontia em pacientes com flare-ups na medida em que os resultados deste estudo se mostraram mais seguros em dentes vitais e não vitais, e mesmo em dentes com lesões periapicais.

Sathorn e Parashos (2009) entrevistaram 52 endodontistas e pesquisaram se o tratamento endodôntico era realizado em uma ou mais sessões. Os seguintes tópicos foram abordados em uma entrevista com duração de 15 a 20 min: a demografia, os processos clínicos, tratamento e racionalidades preferências. Quase todos os participantes (51/52) declararam realizar sessão única com pouca frequência e a maioria dos participantes estava disposta a fornecer o tratamento em única sessão onde os pacientes apresentam limitações de tempo e, em casos de biopulpectomia (incluindo endodontia eletiva). Autores chegaram a conclusão que clínicos australianos preferem múltiplas

sessões do que realizar tratamento de canal em sessão única, mesmo nos casos em que as questões biológicas não são um problema.

Mubarak; Abu- barr; Brahim (2010) avaliaram a dor pós-operatória em sessão múltiplas no tratamento endodôntico. Foram utilizados duzentos e trinta e quatro pacientes, na faixa etária 18-62 anos, onde foi realizado pelos alunos de graduação. O tratamento endodôntico convencional, nos dentes em sessão única ou múltiplas sessões. O preparo biomecânico dos canais radiculares foi realizado pela técnica modificada com a combinação de instrumentos manuais. A dor pós-operatória foi registrada por cada paciente por meio de escala visual analógica em categorias bem definidas em dois intervalos de tempo, 12 horas e 24 horas. Os resultados demonstraram que a incidência global da dor pós-operatória foi de 9,0% após 12 horas e com 24 horas 15,9% com dor pós-operatória, desenvolvida em dos pacientes com história de dor no pré-operatório. Enquanto que 7,1% dos que relatava dor pós-operatória eram pacientes sem história de dor pré-operatória. Não houve diferença significativa na dor pós-operatória entre sessões únicas e múltiplas sessões.

3 DISCUSSÃO

Endodontia é a ciência e arte que envolve a etiologia, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das alterações patológicas da polpa dentária e de suas repercussões na região periapical e, conseqüentemente, no organismo.

O tratamento endodôntico é um procedimento clínico dentro da área de odontologia que sempre despertou receio ou mesmo medo em muitas pessoas, seja por ser associado à dor, seja pela demora em concluí-lo, ou até mesmo por uma questão cultural. O tratamento endodôntico evoluiu muito e esse desconforto não tem mais fundamento nos dias atuais. Havendo interesse em manter o dente na cavidade bucal, o tratamento deve ser obrigatoriamente o endodôntico, seguido da sua restauração. (zaia, 2008).

Estudos recentes demonstram que muitas células do tecido pulpar possuem grande capacidade de expressar diferentes características fenotípicas, o que permite especular o potencial dessas células, depois de estimuladas por fatores de crescimento e mediadores químicos em promover o crescimento de um tecido regenerativo, permitindo a formação

de um novo tecido vivo que venha a preencher o espaço pulpar previamente instrumentado. (Zaia, 2008).

Paiva e Antoniazzi, (1993) esclarecem que o objetivo da endodontia é todo dirigido no sentido de se obter processo reparativo no menor lapso de tempo após intervenção praticada e que tenha seu epílogo de forma normal, permitindo ao dente o retorno as suas tarefas específicas - estética e funcional - como se com ele nada houvesse acontecido com finalidade do tratamento é induzir a cura periapical, a qual pode ser definida como fechamento apical por meio da formação de tecido mineralizado e reparação dos tecidos periapicais.

Um dos principais objetivos do tratamento endodôntico é a possível eliminação de microrganismos do canal radicular, principalmente em situações de polpas necrosadas. Para tal eliminação de microrganismos residentes e re-infectantes, o preparo biomecânico constitui como uma das fases mais importante no controle da infecção endodôntica, e em ação conjunta com as soluções irrigantes e as medicações intracanal, os quais oferecem condições significantes capazes de alterar a microbiota situada no canal radicular. No entanto, devido a natureza difusa da infecção endodôntica pelos istmos, túbulos dentinários, canais secundários e acessórios, acredita-se que o preparo biomecânico e soluções irrigadoras bactericidas não são suficientes para se obter a completa desinfecção, por isso alguns autores preconizam a medicação intracanal que é utilizada para tratar o canal em múltiplas sessões (Soares, 2001; Barros *et al.*2003).

Outro protocolo adotado para a realização da terapia endodôntica é a sessão única, que ganhou popularidade durante a II Guerra Mundial. No entanto, nesta época a filosofia era realizar a terapia endodôntica em sessão única .tanto em dentes com vitalidade pulpar quanto em dentes com necrose pulpar (Hizatugu *et al.* 2000). Na tentativa de vencer os microorganismos residentes e os re-infectantes, utiliza-se de diversas técnicas de instrumentação, bem como soluções irrigadoras bactericidas, medicação intracanal, novos materiais e técnicas obturadoras, também, avanços nas normas de biossegurança. Ainda, assim discute-se o momento adequado para obturação do canal radicular; quando trata-se de polpa morta, a discussão é maior, porque há trabalhos sobre dor pós-operatória e sobre análise radiográfica, apontando resultados satisfatórios. Porém, estudos histológicos mostram que, nestes casos, a reparação não se completa. Domingues – Falqueiro e Gioso (2007).

A variedade de casos clínicos, as diferenças individuais do hospedeiro que podem favorecer ou dificultar o reparo, bem como as diferenças nas habilidades, por parte dos operadores, deixam claro que é impossível abraçar como protocolo apenas uma das modalidades de tratamento endodôntico (única ou múltiplas sessões).

De certa forma a endodontia é a máxima eliminação dos microrganismos do canal radicular, particularmente, em casos de necrose pulpar e periodontites apicais, Pumarola et al. (1992). Segundo Sjogren et al. (1997) a eliminação de bactérias e tecido necrótico dos canais radiculares com lesões periapicais é um pré-requisito necessário para o sucesso da terapia endodôntica, não sendo possível erradicar toda infecção do sistema de canais radiculares em apenas uma única sessão.

Rasquin, (1997) define que o tratamento endodôntico nos casos de polpa morta, passa a ser a neutralização, e a redução ou mesmo a eliminação da infecção do sistema de canais radiculares. Para a obtenção do sucesso de um tratamento, é necessária é necessário que esteja diretamente relacionado ao controle da infecção endodôntica e uma correta execução de todas as etapas operatórias, em que a falha poderá significar o fracasso do tratamento, segundo Hizatugu et al (2000).

Entretanto, outros fatores podem influenciar no sucesso da terapia, tanto os de ordem local, relacionados à patologia e ao hospedeiro, quanto os de ordem técnica durante o ato operatório. De acordo com pesquisas realizadas por Gurgel-Filho et al (2007), foram concluídas que houve maior incidência de dor pós-obturação e flare-ups seguindo os procedimentos realizados em uma única sessão. Entretanto, a terapia endodôntica sessão única pode ser uma alternativa segura e eficaz para o tratamento.

Simon (1992) diz que quando o tratamento não cura, a etiologia periapical pode ser corpos estranhos, bactérias, endotoxinas, epitélio, cimento e razões endógenas.

Nair et al. (1993), após biopsia cirúrgica de lesões periapicais sugere fator intrínseco como acumulação de certos tecidos, tais como: cristais de colesterol e a condição cística da própria lesão, afetando a cura sendo assim as taxas de sucesso, nos casos de retratamento, não são tão altos, leva-nos a crer que o problema de insucesso é de natureza biológica.

Ramos e Bramante (1997) enfatizam que, ao se remover o tecido pulpar, ocorre uma reação inflamatória no tecido periodontal apical, constituindo uma etapa inicial do processo reparador, que ocorre 48 horas após a intervenção, não havendo atividade

bacteriana. Os que advogam o tratamento em única sessão justificam que, em uma segunda sessão, os procedimentos, por mais cuidadosos que sejam, podem desencadear uma nova reação inflamatória em resposta ao traumatismo verificado nos tecidos reparados e em repouso.

Leonardo (1998) explica que o reparo, após pulpectomia, é seguido de hemorragia, resultando em coágulo fibrinoso. A hemorragia pode persistir em casos aquém do limite cemento-dentina-canal ou onde ocorreu agressão à região periapical. Em condições normais, a reação inflamatória, após pulpectomia, é suave e dura uma semana, mas pode ser alterada, retardada ou mesmo responsável por alterações crônicas periapicais, quando se desrespeita a biologia, necessitando-se de medicação intracanal nestes casos, para se evitar a exacerbação da reação inflamatória.

A instrumentação reduz significativamente o crescimento bacteriano de canais radiculares infectados em periodontites apicais crônicas; porém, não os isentas de bactérias. Isto foi evidenciado em todos os espécimes em estudo por Yared e Dagher (1994) ; Sjogren et al. (1997), que após terminar a instrumentação, verificaram que 22, de 55 canais, ainda continham bactérias. O número de bactérias em infecções persistentes variou de um a seis, sendo que 93% destas eram anaeróbias. E em outra pesquisa realizado por Silveira (2007), os canais tratados em sessão única apresentaram uma taxa de sucesso de 46% dos casos. Quando a medicação usada entre as sessões foi o hidróxido de cálcio associado com o PMCC, 74% dos casos resultaram em sucesso. Nos casos em que o óleo ozonizado foi usado, uma taxa de sucesso de 77% foi observada. Esses achados demonstraram que o tratamento em duas sessões oferece uma taxa de sucesso mais alta quando comparado à terapia em uma sessão. Além disso, o óleo ozonizado mostrou potencial para ser usado como medicação intracanal.

Soares et al (1990) investigaram o corticóide antibiótico como curativo de demora por 96 horas em dentes de cães com vitalidade pulpar em um grupo enquanto outro grupo foi obturado em sessão única. O pós-operatório aconteceu com mais frequência em dentes tratados em única sessão, mas isso não causou maiores preocupações, pois reparos ocorrem em ambos os grupos.

Em análise radiográfica e histobacteriológica, a reparação de lesões periapicais crônicas induzidas em dentes de cães, a invasão bacteriana nos túbulos dentinários foi maior e mais intensa. Também grande quantidade de microrganismo foi detectada nas

ramificações do delta apical e lúmen do canal radicular, nos casos tratados em sessão única, e no grupo com a medicação intracanal foi leve ou ausente, concluindo que há maior sucesso nos casos em que se usa medicação intracanal em que empregou o curativo de hidróxido de cálcio, sendo o resultado bem melhor tanto no sucesso radiográfico, como no microbiológico, quando comparado com o grupo sem medicamento, obturado na mesma sessão. (Leonardo et al. 1994).

Fava, (1989) realizou um estudo clínico foi conduzido para comparar a incidência e a severidade da dor pós-operatória em visita única e visitar múltiplos terapia endodôntica convencional. Embora os pacientes que realizaram sessão única parecia sentir mais desconforto do que os pacientes várias sessões, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Quando o número total de dias de dor foi considerada, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, concluímos que o número de pacientes tratados em sessão única com dor pós operatória aparece igual em relação os pacientes tratados em múltiplas sessões.

Ha exceção seria para os casos vitais e com fístula, sendo que os mesmos acreditam não haver diferenças pós-operatórias. Há maior aceitação em realizar o tratamento em sessão única, nos casos de vitalidade pulpar, em contraste com os casos de necrose pulpar, com menor aceitação, mas atingem o sucesso do tratamento endodôntico em única sessão.

Alguns autores afirmam que seus estudos não puderam dar reais conclusões sobre sessão única, porque não é possível erradicar toda infecção do sistema de canais radiculares sem a medicação intracanal entre sessões.

Outros autores optam pela obturação imediata do canal radicular nos casos de polpa viva, após a instrumentação, se houver tempo suficiente para realização do procedimento. Ressalta que a modalidade de tratamento em sessão única baseia-se no fato de o canal estar livre de bactérias e que o sucesso em terapia endodôntica encontra-se baseado em três princípios, que estão interligados: debridamento, esterilização e completa obturação do sistema. Desde que a cadeia asséptica tenha sido mantida pelo profissional, não tendo razão para não concluir o tratamento endodôntico em sessão única, mesmo em caso de pulpite irreversível sintomática. Contudo, quando ocorre sintomatologia à percussão, devido ao de a periodontite apical aguda estar associada à pulpite, o tratamento em sessão única deve ser descartado. Para casos de necrose pulpar, outros autores orientam

para realizar tratamento mediato, já que o tratamento endodôntico em sessão única, está diretamente relacionado ao controle de infecção endodôntica, para ser bem sucedido. Diz ser indiscutível o fato de que o tratamento realizado em sessão única traga vantagens tanto para o paciente, quanto para o profissional, tais como: economia de tempo; economia de material. Sabe-se que pode encontrar algumas desvantagens entre elas se destaca, não só, como experiência na qual o endodontista deve ter, mas o conhecimento da anatomia do dente do canal radicular a ser realizado; e pacientes portadores de disfunção temporomandibular e exacerbação sintomatológica. Em abordagem sobre o momento oportuno para a obturação endodôntica, diz que, no presente, a pressa e a ansiedade, movidas pelo imediatismo e pela concorrência, imperam de forma tal que chegam a atropelar as leis da natureza. Entretanto, existem certas atividades humanas que não podem ser simplesmente transformadas em eficientes linhas de produção, pois demandam respeito aos aspectos biológicos e ao natural, pois as leis da natureza ainda continuam sem pressa. Proceder ao tratamento endodôntico em uma única sessão deve se caracterizar postura biológica digna, ética e de superior bom senso em saber ter *avaliação* e escolha correta para cada caso oportuno.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades para entender e aceitar, as limitações no tratamento endodôntico não são poucas. Isso deve significar que há diferenças na capacidade de se exercer controle de infecção nas duas situações, expressando nitidamente uma maior dificuldade nos casos com lesão.

As causas para o insucesso do tratamento endodôntico podem estar relacionadas nas falhas da obturação, e seguidas por dificuldade no conhecimento da anatômica inter-radicular, e quebra da cadeia asséptica associada à deficiência de limpeza resultado à impossibilidade de se combater a infecção endodôntica.

Desta forma conclui-se que, o número de sessões depende da habilidade profissional, tempo disponível e dificuldades da técnica encontrada. Em fim, cabe ao Endodontista, saber escolher a técnica adequada, ter um bom senso em questão que

envolve vários fatores do paciente como um todo que podem ser decisivos no sucesso do tratamento do sistema de canais radiculares.

SOBRE OS AUTORES:

Regiane Bernardes Silva Domingues é aluna da graduação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes – UNIT. Email: regianeberdomingues@hotmail.com.

Domingos Alves dos Anjos Neto é Mestre em Endodontia pela Universidade de Marília – UNIMAR e professor do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes. Email: mingo_net@hotmail.com

REFERÊNCIAS

ALBASHAIREH Z. S. et al. Single visit endodontics resulted in less pain than multiple visits. **J Dentistry**, v. 26, p. 227 - 232, 1998.

BARROS, D. S. et al. Tratamento endodôntico em única e múltipla sessão. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 51, n. 4, p. 329 - 334, Outubro, 2003.

CHAGAS, L.; LOPES, M. G.; GURGEL FILHO, E. D.; COUTINHO FILHO, T. Tratamento endodôntico em sessão única. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 48, n. 3, p. 137-140, jul/ago/set, 2000.

DOMINGUES – FALQUEIRO, M. L; GIOSO, M. A.; Comparação entre sessão única e a utilização do “curativo de demora” no tratamento endodôntico em cães: aspectos histopatológicos e microbiológicos. **Pesq. Vet. Bras.** v.27, n. 5, p.191-193, maio 2007.

ESTRELA, C. **Ciência endodôntica**. Ed. Artes Médicas, São Paulo – SP, v. 2, cap. 12, 2004.

FAVA, L. R. C. A comparison of one versus two appointment endodontic therapy in teeth with non – vital pulps. **Int Endod J.** v. 22, p. 179 - 83, 1989.

FIGINI, L. ; LODI, G. F. ;GORNI.; GAGLIANI, M. Único versus múltiplos para o tratamento endodôntico de dentes permanentes. **Cochrane Database Syst Rev**, v.9 2008.

GURGEL-FILHO, E. D. et al. In vitro evaluation of the effectiveness of the chemomechanical preparation against *Enterococcus faecalis* after single- or multiple-visit root canal treatment. **Rev Oral Res**, v.21, p. 308 - 13, 309; 2007.

HIZATUGU, R; MIYASAKI, E; KADO, E. **Tratamento endodôntico em sessão única**. In: Atualização na clínica odontológica: cursos antagônicos/Christa Feller, Riad Gorab; São Paulo, Artes Médicas, p. 102 -145, 2000.

HOLLAND, R. et al. A comparison of one versus two appointment endodontic therapy in dogs' teeth with apical periodontitis., **J.Endod**. v.29, n. 2, February, 2003.

INCE, B. et al. Incidence of postoperative pain after single- and multi-visit endodontic treatment in teeth with vital and non-vital pulp. **Eur J Dent**. v. 4, p. 273-9, 2009.

LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia - tratamento dos canais radiculares**, São Paulo, editora Panamericana, , p.491-534. 1998.

LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia - Reparo apical e periapical pós-tratamento endodôntico - preservação**, in: **tratamento dos canais radiculares**, São Paulo, editora Panamericana, p.661-71 1, 1998.

KALHORO, F. A; MIRZA A. J. A study of flare-ups following single-visit root canal treatment in endodontic patients. **J Coll Physicians Surg Pak**. v.7, p. 410 -2, 2009.

MUBARAK, El. AH.; Abu-Bakr, N. H. ; Ibrahim, Y. E.; Postoperative pain and a visit of several single visit root canal treatment. **Journal of Endodontics**. v. 36, p. 36 - 39, 2010.

NAIR, P. N. R., SJOGREN, U., SCHUMACHER, E., et al. Radicular cyst affecting a root-filled human tooth: a long-term post-treatment followup, **Int Endod J.**, v. 26, p.225-233, 1993.

OGINNI, A. O.; UDOYE et al. Endodontic flare-ups: comparison of incidence between single and multiple visit procedures in patients attending a Nigerian hospital **BMC Oral Health**. **BMC Oral Health**, v.4, p. 472- 6831, 2004.

PAIVA, J. G., ANTONIAZZI, J. H. **Endodontia - Bases para a prática clínica. Controle clínico após o tratamento endodôntico**, 2 ed., São Paulo, Artes Médicas, p.676-693, 1.993.

PANZARINI, S. R. B. **Tratamento de dentes com lesões periapicais. Influência de diferentes tipos de curativo de demora e material obturador de canal** [master's thesis]. Araçatuba, Brazil : Fac Odontol UNESP, 1996.

PUMAROLA, J., BERASTEGUI, E., BRAU, E., et al.; Antimicrobial activeiy of seven root canal sealers, **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, v. 74, n.2, p.216-220, Aug., 1992.

RAMOS C. A. ; BRAMANTE, C M. **Endodontia**; Londrina, **Editora da UEL**, 1997, 237-257.

RASQUIN, L. C. Avaliação histopatológica da reparação apical e periapical em dentes de cães portadores de lesão periapical crônica, experimentalmente induzida, após tratamento de canais radiculares e obturação com três cimentos à base de hidróxido de cálcio, **Dissertação de mestrado em Endodontia**, Faculdade de Odontologia de Araraquara; p. 173, 1997.

REZENDE, M. T. L.; ARRUDA, M.; SILVA, D. H. S. Tratamento Endodôntico de dentes necrosados em sessão única. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 48, n. 3, p. 127-129, jul/ago/set, 2000.

SATHORN, C. ; PARASHOS, P. ; MESSER, H. Australian endodontists' perceptions of single and multiple visit root canal treatment. **Int Endod J.** v. 42, n.9, p. 811- 8, 2009.

SJOGREN, U., FIDGOR, D., PERSSON, S., et al. influence of infection at the time of root filling on the outcome endodontic treatment of teeth with apical periodontitis, **Int endod J.**, v. 30, p.297-306, 1997.

SILVEIRA, A. M. V. et al. Periradicular Repair after Two-Visit Endodontic Treatment Using Two Different Intracanal Medications Compared to Single-Visit Endodontic Treatment. **Braz Dent J**, vol.18, n 4, p. 299-304, 2007.

SIMON, J. H. **Quando um bom tratamento não cura**, in: **DE DEUS Endodontia**, Rio de Janeiro, Medai, 5 ed., p.427-435, 1992.

SIQUEIRA, J. R.; LOPES, H. P. **Endodontia – Biologia e Técnica**. Ed. Guanabara Koogan, 2 ed., cap. 19, 2004.

SOARES, I. J., HOLLAND, R., SOARES, I. M. L. Comportamento dos tecidos periapicais após o tratamento endodôntico em uma ou duas sessões, influência do cimento obturador, **Rev Bras Odont.**, v. 47, n. 2, p. 34-41, mar./abr., 1990

SOARES, J. A.; CÉSAR, C. A. S. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 15, n. 2, p. 138-144, abr/jun, 2001.

SOLTANOFF, W.; MONTCLAIR, N. J. A comparative study of the single – visit and the multiple – visit endodontic procedure. **J Endod** v.4, p. 278 – 81,1978.

ZAIA, A. A. Avanços atuais do tratamento endodôntico. **J DA UNICAMP**, p. 01-14, Dezembro. Campinas, 2008.

YARED, G. M., DAGHER, F. E. Influence of Apical enlargement on bacterial infection during treatment of apical periodontitis, **J Endod.**, v. 20, n.11, p. 535-537, Nov., 1994.

