

RBO

Revista Brasileira
de Odontologia

Outubro 2001 • volume 58 • número 5



Traumatizado de face: vítima de arma de fogo

ABO-RJ Associação Brasileira
de Odontologia
Seção Rio de Janeiro

Essência humana

Ao acompanhar as recentes demonstrações de ódio e intolerância desta crise mundial envolvendo diversos países, pergunta-se o motivo de tanta violência. Será a natureza humana simplesmente má, vingativa, destruidora ou egoísta?

Ninguém poderia acreditar que Hitler, com o aval do povo alemão, chegaria tão longe na perseguição contra os judeus. Depois das atrocidades serem expostas ao mundo, muitos não acreditavam no que viam...

Acreditou-se, durante o período da Guerra Fria, que através do equilíbrio de forças, ou seja, da corrida armamentista, o mundo ficaria livre de novos conflitos. A guerra significaria a extinção da humanidade. Quanto de "humanidade" podemos enxergar no mundo atual?

Esqueceram que para algo acontecer no futuro, tem-se que plantar e fazer algo no presente. O agora é o único tempo que existe. Simplesmente colhemos aquilo que plantamos. Temos livre arbítrio, a cada segundo, a todo momento.

Quando, no passado, optamos por nos armar "até os dentes", já estávamos fazendo uma opção de futuro. Tudo no mundo está interligado, numa complexa rede de associações, onde cada ação individual exerce efeito sobre o mundo e o próximo.

A paz mundial não é algo que se possa conquistar artificialmente, através de política e negociações. A verdadeira guerra se encontra dentro de nossos corações, em nossos lares, em nossos ofícios. O amor, a compaixão e a caridade são tão possíveis de se experimentar quanto a raiva, o ódio e o rancor. A dificuldade se encontra na banalização dos valores negativos em nosso dia-a-dia. Isto acaba gerando a sensação de que o mundo simplesmente é assim, que os seres humanos não podem ser melhores que isto, e o conformismo e a acomodação tomam conta de todos. Quando se perde a esperança, também se perde o controle sobre o futuro.

Experimentando o mal, às vezes, se descobre o valor do bem. Mas será que é necessário termos que errar para poder crescer? Aprender com o erro dos outros faz com que o ser humano possa caminhar num terreno mais favorável, possibilitando um horizonte de alternativas mais amplo.

Amar seu inimigo pode parecer algo difícil nos dias atuais. Entretanto, se o homem abandonasse o conceito de se "armar até os dentes", quem sabe, poderíamos chegar no dia em que estarmos todos amando uns aos outros, até mesmo chegando a "amar até os dentes".

Tratamento endodôntico em sessão única. Dentes portadores de polpa mortificada

Root canal treatment in one appointment. Teeth with non-vital pulps

Luz Roberto G. Fava
Especialista em Endodontia

Alvaro Cruz
Professor Titular de Endodontia do Centro Universitário de Ciências da Saúde da Universidade da Universidad de Guadalajara/México

Marcelo R. Giorgi
Vice-Presidente da Seção de Endodontia do Círculo Odontológico Santafesino/Argentina

Resumo

Uma revisão foi elaborada sobre o tratamento endodôntico em uma sessão operatória em dentes portadores de polpa mortificada. Toda a evolução deste conceito foi analisada, desde seus primórdios até os dias atuais.

Palavras-chave: Tratamento endodôntico; tratamento endodôntico em sessão única; dentes com polpa necrosada.

Abstract

A review about the single-visit endodontic therapy in pulpless teeth was performed in which all the evolution of this concept was analysed since its beginning until the current days.

Key words: Endodontic treatment; one-visit endodontic treatment; pulpless teeth.

Introdução

Muitas vezes os profissionais de saúde relutam em adotar e incorporar a sua prática clínica novos procedimentos e técnicas, porque temem que o índice de sucesso poderá não ser o mesmo do que aquele que vem sendo alcançado com procedimentos já testados e comprovados.

É óbvio que, com o progresso da ciência como um todo, muitos conceitos e atitudes devem ser ora expandidos, ora eliminados, tendo em vista toda a quantidade de informações que se agrava às já existentes, em função dos resultados que são obtidos com tal desenvolvimento. O profissional que acompanhou o desenvolvimento da ciência endodôntica, nestes últimos vinte anos, seja clínico, educador ou pesquisador científico, é testemunha de como as pesquisas sobre preparo biomecânico (novos instrumentos fabricados com novas ligas metálicas, novas técnicas de instrumentação), medicação intracanal e novos materiais e técnicas de obturação, alteraram, parcial ou completamente, os procedimentos clínicos na prática da especialidade.

O tratamento endodôntico em uma sessão operatória não foi exceção à regra. Devido a um número cada vez maior de trabalhos de pesquisa clínica, onde são relatados resultados bastante favoráveis, este procedimento é considerado, nos dias atuais, como uma conduta muito bem aceita, desde que realizada dentro de indicações precisas e específicas.

O propósito deste trabalho foi revisar o tratamento endodôntico de dentes portadores de polpa mortificada em apenas uma sessão operatória e como este conceito se expandiu com o correr dos anos.

Breve Histórico

O tratamento endodôntico realizado em sessão única em dentes por-

tadores de polpa mortificada não é um procedimento contemporâneo, pois data da segunda metade do século XIX até a virada do século XX. Inúmeros trabalhos foram publicados descrevendo as mais variadas técnicas e empregando os mais variados medicamentos para a desinfecção do canal radicular antes de sua obturação na mesma sessão operatória (3, 14, 28, 29, 35, 36, 63, 64).

Entretanto, foi HOFHEINZ (30) quem descreveu os critérios essenciais para um bom tratamento endodôntico, critérios estes que coincidem com os critérios atuais, que são: acesso direto ao canal radicular, ampliação mecânica do mesmo até um máximo permitido, procedimento este que seria o responsável pelo sucesso devido à remoção da matéria orgânica em decomposição, medicação para manter a asepsia do canal radicular e, como último passo, o preenchimento (obturação) do canal radicular. Ao término de seu trabalho, afirmava: "o princípio fundamental no tratamento das doenças é a remoção de sua causa. A causa primária de qualquer condição patológica de um dente não vital é o canal radicular com seu conteúdo infectado. Após uma manipulação correta, o tratamento medicinal adequado e uma perfeita obturação, pode-se confiar de forma segura que os fagóctitos irão nos ajudar na conservação daquelas regiões que não foram alcançadas pelo tratamento".

Convém enfatizar que, apesar de princípios cirúrgicos serem aplicados à terapia endodôntica da época e também a idéia de se obturar de forma efetiva o canal radicular, pouco ou nada era dispendido no preparo biomecânico. O conceito de desinfecção baseava-se no emprego de diferentes antissépticos, principalmente o ácido carbólico, o permanganato de potássio, o ácido sulfúrico, o dióxido de sódio e diferentes materiais de obtu-

ração, como a cloropercha, a guta-percha seccionada ou a formapercha.

Com o correr dos anos, o tratamento de dentes portadores de polpa mortificada também começou a ser difundido na América do Sul, através dos relatos de PUCCI (55), no Uruguai, e de COELHO E SOUZA (12), no Brasil.

Com a publicação de seu livro em 1945, PUCCI (56) afirmava: "No caso da terapia de canais infectados, algumas técnicas tornam possível, em circunstâncias favoráveis, a obturação imediata do canal radicular, sempre que seja assegurado que todo o conteúdo desintegrado do tecido pulpar tenha sido removido, assim como toda a porção de dentina infiltrada pelo processo infecioso. Johnston nos fala de casos de dentes com processos supurados intervistos com êxito pela técnica de Callahan e ionização; Maisto demonstrou com frequência a possibilidade da obturação em uma só sessão, com o emprego da técnica mista de Grove-Walkhoff, dentes portadores de polpas gangrenadas e processos periapicais. Também deve-se citar Machado de Campos, de São Paulo, que difunde, em demonstrações e em seu livro, a técnica da diatermo-coagulação como um método excepcional que permite a obturação imediata em dentes com lesões periapicais de tamanhos variáveis".

Mas foi durante a Segunda Guerra Mundial que o tratamento em sessão única de dentes despolpados ganhou maior popularidade. Nesta época, a filosofia corrente era tratar o dente em uma sessão e realizar a cirurgia paraendodôntica complementar na mesma sessão operatória, devido à limitação de tempo que os profissionais tinham para suas consultas, muito embora outros profissionais não preconizassem tal conduta. Este conceito expandiu o conceito de tratamento em uma sessão operatória, fato demonstrado pelos trabalhos e relatos de OKUN (50), CAMARA (8), SOMMER *et al.* (60), MAXMEN (44), KAPLAN *et al.* (34), CARTIN & CHERNOFF (9) e INGLE (32). Tais autores preconizavam a cirurgia paraendodôntica, ou mesmo a extração de uma raiz de dentes multiradiculares, na mesma sessão do tratamento endodôntico.

É ainda na década de 50 que aparecem os primeiros estudos clínicos com relação aos resultados alcançados com o tratamento endodôntico em sessão única sem a realização da cirurgia paraendodôntica complementar. LORINCZY-LANDGRAF & PALOCZ (39) trataram 1200 dentes uniradiculares portadores de polpas não vitais e relataram que apenas 10% dos casos apresentaram dor moderada a severa e 3% dos casos necessitaram de algum tipo de cirurgia complementar. Dois anos mais tarde, os mesmos autores relataram que o processo de cura e reparação óssea ocorreu em 82% dos casos (40).

A publicação destes dois trabalhos parece ter direcionado a pesquisa clínica para dois aspectos: a incidência de dor pós-operatória, com ou sem o desenvolvimento de uma periodontite apical aguda secundária (*flare-up*, abcesso fênix) no período imediato de até sete dias, e o processo de cura e reparação com o correr do tempo (prossovação), como bem demonstraram os trabalhos de FERRANTI (19), WANDELT (69) e MAISTO (41).

Com a publicação da primeira edição de seu livro, MAISTO (42) reafirma sua filosofia sobre o tratamento endodôntico em uma sessão e, no mesmo ano, CAUDURO (11) afirma que uma técnica bem conduzida "nos afiança que a obturação imediata em casos de necrose pulpar, mesmo sem se deixar um curativo de demora, pode ser realizada com segurança". MAISTO (42), ainda em seu livro, procura rebater, de forma categórica, todas as críticas até então existentes contra o tratamento em uma sessão para os dentes portadores de polpa mortificada.

Em 1968, um outro colega brasileiro, CASTRIOTA (10) publicou aquele que talvez seja o único livro sobre o tratamento endodôntico em uma sessão. Nesta obra, o autor descreve sua técnica tanto para o tratamento dos dentes portadores de polpa viva, como para dentes portadores de polpa mortificada com ou sem lesão periapical.

A década de 60 termina com a publicação dos trabalhos de FREITAS E SILVA (22) e FOX *et al.* (21), onde os autores relataram a incidência de dor pós-operatória em dentes portadores de polpa mortificada e que foram tratados em uma única sessão.

Estudos Contemporâneos

Com o avanço da ciência endodôntica, a partir dos anos 70, os estudos começaram a se tornar mais bem dirigidos e mais científicos, como será visto adiante. O emprego de anti-sépticos fortes deixou de existir, mudanças houveram nas técnicas de preparo biomecânico e novos materiais e técnicas de obturação foram introduzidas.

GRASSI (27) realizou uma avaliação da dor pós-operatória em dentes uniradiculares portadores de polpas mortificadas, que foram tratados em uma ou duas sessões operatórias. Pôde-se verificar que os melhores resultados foram encontrados no grupo que recebeu o tratamento em uma sessão.

FREITAS E SILVA (23) realizaram o tratamento endodôntico em 350 dentes infectados e onde foi empregada a técnica convencional de preparo biomecânico. Cento e cinqüenta dentes foram irrigados com solução de hipoclorito de sódio a 5% e água oxigenada a 10 volumes. Os outros duzentos dentes foram irrigados com hipoclorito de sódio a 5% e uma mistura contendo peróxido de uréia a 10% e EDTA a 15%, veiculada em polietilenoglicol 1500. Após a secagem, as paredes dos canais foram "pinceladas" com paramonoclorofenol canforado e os mesmos foram submetidos à fulguração, passagem de uma corrente alternada de alta frequência de 250 mA e um milhão de ciclos, para complementar a desinfecção dos mesmos, sendo sua obturação realizada na mesma sessão. O pós-operatório imediato mostrou 92% dos casos assintomáticos e a prossovação, após um ano, mostrou que o sucesso foi alcançado em 94% dos casos.

WOLCH (71) afirmou que nos dentes portadores de lesões crônicas periapicais, tratados em uma sessão operatória, há a necessidade de uma incisão para permitir a saída de qualquer tipo de exsudato que venha a se formar, evitando o aparecimento de uma periodontite apical aguda secundária (*flare-up*). Em mais de 5000 casos, a autora observou que tal condição patológica ocorreu em menos de 5% dos dentes tratados em uma sessão.

OKUNO *et al.* (51) realizaram o tratamento endodôntico em 58 dentes assintomáticos e portadores de

lesão periapical em uma sessão. Apesar de nove casos apresentaram dor no dia seguinte ao tratamento. Após um ano, o sucesso clínico e radiográfico foi observado em 78% dos casos.

FREITAS E SILVA (24) relataram 96,3% de sucesso em casos de dentes com abscessos agudos, que foram endodonticamente tratados e onde, na mesma sessão, foi realizada uma incisão cirúrgica para a drenagem da coleção purulenta e prescrita uma antibioticoterapia específica.

PETERS (54) realizou um estudo averiguando se a trefinação profilática em dentes não vitais tratados em uma ou duas sessões poderia ser um procedimento válido. Após avaliar a incidência da dor pós-operatória nos casos que receberam ou não tal conduta cirúrgica, o autor concluiu que uma trefinação profilática em dentes com lesões periapicais não se constituiu em um tratamento aceitável e que tal procedimento poderia ter validade quando corretamente indicado.

Ainda no mesmo ano, LANDERS & CALHOUN (37), através de um questionário, verificaram, nos Estados Unidos, as opiniões de diretores de programas de pós-graduação com relação ao tratamento realizado em uma sessão. As respostas indicaram que uma ampla porcentagem dos cursos ensinavam e praticavam tal tratamento e que, ainda, existiria pouca diferença entre o tratamento realizado, em uma ou várias sessões, com relação à incidência da periodontite apical aguda secundária (*flare-up*), ao processo de cura e à reparação e à aceitação, pelos pacientes, de tal procedimento.

CALHOUN & LANDERS (7) colheram, em outro estudo, a opinião de especialistas em Endodontia americanos, também através de um questionário, sobre o tratamento endodôntico realizado em uma sessão. Com relação aos casos de polpas necrosadas, 12,8% dos que responderam à enquete acreditavam que a maioria dos dentes nesta situação poderia ser tratada com sucesso enquanto 40,5% acreditavam que somente casos de polpa necrosada bem selecionados é que poderiam ter sucesso com este tipo de tratamento. Dentes com lesão periapical poderiam ter sucesso com esta terapia de acordo com 13,5% dos en-

dodontistas, enquanto 33,5% eram de opinião que somente casos bem selecionados é que teriam sucesso. Em casos de dentes com polpa necrosada e abscesso periapical crônico, 56,2% dos endodontistas acreditavam no sucesso do tratamento em uma sessão.

Com relação à dor pós-operatória em casos de polpa necrosada, 57,6% dos endodontistas acreditavam que haveria mais dor após o tratamento em uma sessão; 2,9% acreditavam que haveria menos dor e 17% consideravam não haver diferença. Nos dentes com lesão periapical, as respostas foram similares às anteriores: 52,9% acreditavam que haveria mais dor; 4,2% acreditavam em menos dor e 15,1% acreditavam não haver diferença. Quando a fistula estivesse presente, 52,9% foram de opinião que não haveria diferença na incidência da dor; 11,8% achavam que haveria mais dor e 11,8% acreditavam que haveria menos dor.

MULHERN *et al.* (49) trataram dentes unirradiculares assintomáticos e portadores de polpas necrosadas, em uma ou três sessões, e verificaram não haver diferença significante na incidência de dor pós-operatória.

ROANE *et al.* (57) realizaram o tratamento em uma ou duas sessões empregando a técnica de preparo preconizada por Schilder e adaptada para o tratamento em uma sessão preconizada pela Universidade de Oklahoma. Dos 206 casos com polpas não vitais tratados em uma sessão, apenas 44 casos (21,3%) apresentaram dor classificada como moderada e severa.

OLIET (52) realizou uma pesquisa procurando avaliar e comparar as sequelas pós-operatórias (dor e/ou edema) em tratamentos realizados, em uma ou várias sessões, assim como avaliar a cura e a reparação, após um período mínimo de dezoito meses. Com relação ao primeiro fator, em dentes portadores de polpas necrosadas, não houve diferença na incidência da dor pós-operatória, assim como no processo de cura e reparação. O autor acredita que o tratamento em uma sessão é uma modalidade viável e que pode ser realizado em casos cuidadosamente selecionados.

Em 1984, ASHKENAZ (2) publicou um artigo dissertando sobre as indicações, vantagens e desvantagens do tratamento endodôntico em uma só sessão.

SOUTHARD & ROONEY (61) realizaram o tratamento em uma sessão em dentes portadores de abscessos agudos de dezenove pacientes, de acordo com o seguinte protocolo: incisão e drenagem do edema flutuante, preparo e obturação dos canais e antibioticoterapia. No dia seguinte, os pacientes relataram que a dor havia diminuído de forma significativa ou desaparecido totalmente. Após um ano, onze pacientes retornaram para a prosservação e foi verificado que todos estavam assintomáticos e, radiograficamente, havia redução do tamanho da lesão.

SILVEIRA *et al.* (59) realizaram, através de um questionário, um levantamento de opinião entre endodontistas de três estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Puderam verificar que a grande maioria realizava o tratamento em uma sessão, nos casos de dentes com polpa viva. Entretanto, para os casos de dentes com polpa necrosada, o número de endodontistas que realizava tal tratamento era muito menor.

Ainda em 1985, TROPE & GROSSMAN (66) realizaram uma avaliação, através de questionário, para determinar qual porcentagem as faculdades de Odontologia ensinavam o teste bacteriológico como pré-requisito para a obturação do canal radicular e qual porcentagem ele era empregado na clínica. O que pode ser observado é que as faculdades de Odontologia americanas estavam divididas, mais ou menos de forma igual, em ensinar ou não tal teste. Entretanto, houve uma disparidade entre o ensino do teste e a prática do mesmo, tanto para os estudantes não graduados, como para aqueles que estavam fazendo cursos de especialização. Assim, dos 35 questionários recebidos, treze preconizavam o tratamento em uma sessão e vinte e dois não o preconizavam para o tratamento de dentes com polpa necrosada. Nos casos onde havia lesão periapical, 14 preconizavam o tratamento em sessão única e 21 empregavam mais de uma sessão para o tratamento.

MORSE *et al.* (45) avaliaram a incidência da periodontite apical aguda secundária (*flare-up*) em 200 dentes necrosados com lesões periapicais, os quais foram tratados em uma sessão operatória e associado à antibioticoterapia iniciada logo após o término da

sessão, a qual foi estendida pelos quatro dias seguintes. Com este protocolo, o índice de periodontite apical aguda secundária foi de apenas 1,5%.

PEKRUN (53) avaliou a incidência do fracasso em 1140 dentes submetidos ao tratamento em sessão única, cuja avaliação foi realizada após um ano. O índice de fracasso foi de apenas 5,2%. Entretanto, o autor ressaltou que, os dentes com evidência de lesão periapical ou aqueles que necessitaram de um retratamento, também realizado em sessão única, foram os que apresentaram o maior índice de fracasso.

No ano de 1986, GENET *et al.* (25) avaliaram a incidência de dor pré e pós-operatória de 1204 dentes tratados em uma sessão. A dor pós-operatória ocorreu em, aproximadamente, 29% dos casos e que existiu uma correlação muito íntima entre a presença de dor pré-operatória e a incidência de dor pós-operatória.

MOTTA *et al.* (47) também avaliaram a incidência da dor pós-operatória em 89 dentes portadores de polpas vitais ou não, tratados em uma ou duas sessões. Com relação aos dentes não vitais, dos 31 elementos tratados em uma sessão, 29 apresentaram-se assintomáticos e apenas dois apresentaram dor classificada como moderada e severa. Infelizmente, os autores não mencionaram o lapso de tempo decorrido entre o tratamento e a avaliação pós-operatória.

GENET *et al.* (26) aprofundaram sua pesquisa anterior (25), procurando verificar quais os fatores que poderiam ter sido responsáveis pela dor pós-operatória, após o tratamento endodôntico realizado em uma sessão. Tais fatores foram: a presença da dor pré-operatória em um dente com polpa mortificada, a presença de uma lesão, cuja imagem radiográfica fosse maior do que 5 mm de diâmetro, e o número de canais tratados em um mesmo dente. O estudo também mostrou que os efeitos destes três fatores foram cumulativos.

STAMOS *et al.* (62) introduziram a técnica de preparo biomecânico com o emprego do ultra-som e a obturação do canal radicular na mesma sessão operatória. Embora os dois casos descritos tenham sido realizados em dentes com polpas vitais, tanto o pós-operatório realizado uma semana após,

como a prosservação realizada em torno de 8 a 12 meses, mostraram resultados favoráveis. Entretanto, os autores sugeriram que novas pesquisas fossem realizadas com o emprego do ultra-som com o intuito de melhor se avaliar o índice de sucesso.

MORSE (46) descreveu os prós e os contras do tratamento endodôntico em uma sessão e afirmou não haver indicações ou contra-indicações absolutas para este tipo de tratamento. Concluiu afirmando que tal tratamento parece ser viável, tendo em vista sua aceitação, tanto por parte dos pacientes como por parte dos profissionais.

No ano de 1989, FAVA (16) iniciou uma série de pesquisas clínicas procurando correlacionar a técnica de preparo biomecânico com a incidência de dor pós-operatória, em tratamentos realizados em sessão única de dentes portadores de polpa mortificada e assintomáticos. Neste trabalho foi comparada a incidência da dor em dentes preparados pela técnica biescalonada e obturados em uma ou duas sessões. Nenhuma diferença foi observada entre os dois grupos.

MASSONE (43) relatou em seu trabalho os resultados obtidos por ele e por Goldberg em dentes uni ou multiradiculares portadores de polpa mortificada e obturados em uma sessão operatória. A porcentagem de dentes assintomáticos ou com dor leve chegou a 90,16% dos casos tratados.

No início da década de 90, TROPE (65) avaliou a incidência de dor e/ou edema em dentes com polpa necrosada sem lesão periapical, com lesão periapical e em dentes com lesão periapical que iriam ser retratados. Todos os procedimentos foram realizados em uma sessão operatória. Os dentes sem lesão periapical não apresentaram episódios de periodontite apical aguda secundária (*flare-up*), mas a maior incidência da mesma ocorreu nos casos de retratamento dos dentes com lesão periapical.

BERGER (4) avaliou a incidência da dor pós-operatória, após 96 horas, em dentes com polpas necrosadas, com ou sem lesão periapical tratados em uma ou múltiplas sessões. Em todas as situações, o índice de pós-operatório classificado como "bom" superou os 70%. Estes mesmos dentes foram prosservados após um ano para

a avaliação do sucesso ou do fracasso do tratamento e o índice de sucesso foi superior a 88%.

Ainda em 1991, FAVA (17) apresentou uma mudança da técnica biescalonada e a comparou com a técnica original em dentes portadores de polpas necrosadas tratados e obturados em uma sessão. Novamente, neste estudo, não houve diferença na incidência da dor pós-operatória entre os dois grupos.

LIN *et al.* (38) avaliaram 236 casos de fracassos endodônticos e concluíram que o maior índice dos mesmos ocorreu em dentes portadores de polpa mortificada com lesão periapical associada, tratados em uma sessão.

JURCAK *et al.* (33) também avaliaram a incidência do sucesso endodôntico após o tratamento realizado em sessão única. O tratamento foi realizado em 210 dentes de soldados, que iriam participar da guerra do Golfo, em 1990. Após o retorno dos mesmos, 102 dentes de 97 pacientes foram prosservados. A porcentagem de sucesso do tratamento alcançou o índice de 89% dos casos.

Em seu terceiro trabalho sobre a influência da técnica de preparo biomecânico na incidência da dor pós-operatória em dentes portadores de polpas necrosadas tratados em uma sessão, FAVA (18) empregou três diferentes técnicas no preparo dos canais radiculares: técnica coroa-ápice sem pressão, técnica das forças balanceadas e técnica biescalonada modificada. Foi verificado não haver diferença entre os grupos na incidência da dor pós-operatória.

No mesmo ano, IMURA & ZUOLLO (31) verificaram que a incidência da periodontite apical aguda secundária (*flare-up*), nos casos de retratamentos endodônticos em dentes com lesões periapicais, não foi significante quando tal conduta foi realizada em uma ou várias sessões operatórias.

WAHL (68) realizou uma revisão sobre o tratamento endodôntico realizado em uma ou várias sessões, como também discutiu os vários mitos associados ao tratamento em uma sessão. Além disso, o autor também discorreu sobre as vantagens e as contra-indicações de tal conduta, tanto para o paciente como para o profissional, concluindo que tal terapia é bastante efetiva e bem mais benéfica para os pacientes.

BUCHANAN (5) relatou sua própria experiência ao incorporar o tratamento endodôntico em sessão única a sua rotina clínica. Neste seu trabalho, ressalta-se o fato do autor realizar o tratamento endodôntico de dentes necrosados com ápice aberto em uma sessão condensando, na área terminal do canal radicular, osso liofilizado, o qual funciona como a matriz apical contra a qual a guta-percha é condensada.

WEINE (70) e BUCHANAN (6) tiveram a oportunidade de expor seus pontos de vista sobre o tratamento realizado em uma ou várias sessões, debatendo sobre os prós e os contras e as vantagens e desvantagens de tal procedimento.

MOTTA *et al.* (48) trataram, em uma sessão operatória, dentes que apresentavam necrose pulpar. A incidência de dor pós-operatória foi avaliada uma semana após o tratamento em 186 dentes de 110 pacientes e cujos resultados foram: 85,56% de casos assintomáticos; 9,67% de casos com dor classificada como dor leve e sem a necessidade do emprego de analgésicos e, finalmente, 3,76% de casos com dor classificada como moderada a severa e que fizeram uso de analgésicos.

COUTINHO FILHO *et al.* (13) realizaram o tratamento endodôntico em uma sessão em dentes portadores de polpas necrosadas e lesão periapical. Foi empregada a técnica de preparo coroa-ápice e avaliada a incidência do sucesso ou fracasso, após um período

de até 18 meses. Verificaram que o sucesso foi alcançado em 90% dos casos.

ALBASHAIREH & ALNEGRISH (1) avaliaram a incidência de dor pós-operatória em dentes com polpas vivas e necrosadas, tratados em uma ou várias sessões. Puderam observar que houve, de forma estatisticamente significante, mais dor no grupo que foi tratado em várias sessões e que este fato estava, também de forma significante, associado ao tratamento dos dentes com polpas necrosadas. Também acreditavam que este fato poderia residir no emprego da técnica escolhida para o tratamento.

Ainda no mesmo ano, ELEAZER & ELEAZER (15) avaliaram a incidência da periodontite apical aguda secundária (*flare-up*) em molares portadores de polpas necrosadas, tratados em uma ou duas sessões. Puderam constatar um índice de apenas 3% no grupo tratado em uma sessão e de 8% no grupo tratado em duas sessões.

TROPE *et al.* (67) avaliaram, radiograficamente, o processo de cura e reparação em dentes com polpas mortificadas e lesão periapical. Os dentes foram divididos em três grupos: dentes tratados em uma única sessão, dentes tratados em duas sessões, onde o curativo de demora foi uma pasta de hidróxido de cálcio, e dentes tratados em duas sessões sem qualquer curativo de demora entre as sessões. Após cinqüenta e duas semanas, o grupo medicado com hidróxido de cálcio

mostrou melhores resultados do que o grupo tratado em uma sessão, fato clinicamente importante e que deve ser considerado pelo profissional quando da instituição do tratamento endodôntico. Os piores resultados foram os do grupo tratado em duas sessões e que foram deixados sem qualquer medicação entre as sessões.

Conclusão

Existe, nos dias correntes, uma tendência universal para se realizar o tratamento endodôntico em uma sessão em dentes portadores de polpa necrosada com ou sem lesão periapical associada.

Se tal conduta já é uma realidade para os dentes portadores de polpas vivas, a mesma tendência também tem sido direcionada para os dentes com polpas não vitais, tendo em vista as vantagens que tal procedimento proporciona tanto para o profissional quanto para o paciente.

Os resultados relatados na literatura, no que se refere à incidência de dor pós-operatória, ao baixo índice de aparecimento de periodontite apical aguda secundária (*flare-up*) e o índice de sucesso do tratamento a longo prazo, são evidências consistentes da validade deste procedimento.

Entretanto, deixamos claro que esta conduta deve ser reservada aos profissionais com destreza e experiência clínicas necessárias, que haja a aceitação por parte do paciente e que o caso tenha sido selecionado de forma correta.

Referências Bibliográficas

1. ALBASHAIREH, Z. S. M., ALNEGRISH, A. S. Postobturation pain after single and multiple visit endodontic therapy. A prospective study. *Journal of Dentistry*, v. 26, n. 3, p. 227-232, Mar., 1998.
2. ASHKENAZ, P. One-visit endodontics. *Dental Clinics of North America*, v. 28, n. 4, p. 853-863, Oct., 1984.
3. BALDWIN, A. E. Immediate root-filling. *Dental Cosmos*, v. 29, n. 10, p. 647-649, Oct., 1887.
4. BERGER, C. R. Tratamento endodôntico em sessão única ou múltipla. *RGO*, v. 39, n. 2, p. 93-97, mar./abr., 1991.
5. BUCHANAN, L. S. One-visit endodontics: a new model of reality. *Dentistry Today*, v. 15, n. 5, p. 36-43, May, 1996.
6. BUCHANAN, L. S. Controversies in clinical endodontics: part 2. Single-appointment treatment vs. multiple-appointment treatment. *Compendium on Continuing Education in Dentistry*, v. 18, n. 2, p. 141, 148-154, Feb., 1997.
7. CALHOUN, R. L., LANDERS, R. R. One-appointment endodontic therapy: a nationwide survey of endodontists. *J. Endod.*, v. 8, n. 1, p. 35-40, Jan., 1982.
8. CAMARA, J. A. In one-hour: root canal therapy and curettage for anterior teeth. *Dental Survey*, v. 30, p. 1005-1007, 1954.
9. CARTIN, S., CHERNOFF, P. M. A one-visit root canal technique. *Dental Digest*, v. 68, n. 1, p. 22-26, Jan., 1962.
10. CASTRIOTA, O. *Obturações imediatas nas pulpectomias e no tratamento dos molares infectados*. 1^a ed., Belo Horizonte, Editora São Vicente, 1968.
11. CAUDURO, H. Tratamento endodôntico em dentes monoradiculares numa sessão. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 15, n. 1, p. 7-11, jan./mar., 1967.
12. COELHO E SOUZA, A. *Pathologia dentaria e terapêutica aplicada*. 8^a ed., Juiz de Fora, Companhia Dias Cardoso, 1935.
13. COUTINHO FILHO, T. *et al.* Filosofia de trabalho nas obturações imediatas em dentes necrosados e com lesão periapical. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 54, n. 5, p. 281-284, set./out., 1997.
14. CUNNINGHAM, G. A statistical enquiry as to the result of the immediate treatment of pulpless and abscessed teeth. *British Journal of Dental Science*, v. 31, p. 29, 1888.
15. ELEAZER, P. D., ELEAZER, K. R. Flare-up rate in pulpally necrotic molars in one-visit versus two-visit endodontic treatment. *Journal of Endodontics*, v. 24, n. 9, p. 614-616, Sept., 1998.
16. FAVA, L. R. G. A comparison of one versus two appointment endodontic therapy in teeth with non-vital pulps. *Int. Endod. J.*, v. 22, n. 4, p. 179-183, July, 1989.

17. FAVA, L. R. G. One-appointment root canal treatment: incidence of postoperative pain using a modified double-flared technique. *International Endodontic Journal*, v. 24, n. 5, p. 258-262, Oct., 1991.

18. FAVA, L. R. G. Single visit root canal treatment: incidence of postoperative pain using three different instrumentation techniques. *International Endodontic Journal*, v. 28, n. 2, p. 103-107, Mar., 1995.

19. FERRANTI, P. Tratamiento y obturación de conductos radiculares, en una sesión. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*, v. 47, n. 4, p. 101-104, abr., 1959 (a).

20. FERRANTI, P. Treatment of the root canal of an infected tooth in one appointment: a report of 340 cases. *Dental Digest*, v. 65, n. 11, p. 490-494, Nov., 1959 (b).

21. FOX, J. et al. Incidence of pain following one-visit endodontic treatment. *Oral Surg., Oral Med. & Oral Pathol.*, v. 30, n. 1, p. 123-130, July, 1970.

22. FREITAS E SILVA, H. Desinfecção e obturação dos canais radiculares infectados, em uma única sessão. *O Incisivo*, v. 8, n. 2, p. 20-23, 1969.

23. FREITAS E SILVA, H. Tratamento endodontônico em uma sessão. *O Incisivo*, v. 11, n. 3, p. 34-37, 1972.

24. FREITAS E SILVA, H. Contra-abertura. In: *Endodontia*. ABE, Rio de Janeiro, 1976.

25. GENET, J. M. et al. The incidence of preoperative and postoperative pain in endodontic therapy. *Int. Endod. J.*, v. 19, n. 5, p. 221-229, Sept., 1986.

26. GENET, J. M. et al. Preoperative and operative factors associated with pain after the first endodontic visit. *Int. Endod. J.*, v. 20, n. 2, p. 53-64, Mar., 1987.

27. GRASSI, J. R. Obturação imediata de canais radiculares de dentes despolpados. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 19, n. 1, p. 8-24, jan./jun., 1971.

28. HARLAN, A. W. Disinfection and antiseption by heat. *Dental Cosmos*, v. 28, p. 63, Jan., 1886 (a).

29. HARLAN, A. W. Disinfection and antiseption by heat. *Dental Cosmos*, v. 28, n. 2, p. 190-192, Feb., 1886 (b).

30. HOFHEINZ, R. H. Immediate root filling. *Dental Cosmos*, v. 34, p. 182-186, Mar., 1892.

31. IMURA, N., ZUOLO, M. L. Factors associated with endodontic flare-ups: a prospective study. *Int. Endod. J.*, v. 28, n. 5, p. 261-265, Sept., 1995.

32. INGLE, J. I. *Endodontics*. 1^a ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1965.

33. JURCAK, J. J. et al. Successful single-visit endodontics during Operation Desert Field. *Journal of Endodontics*, v. 19, n. 8, p. 412-413, Aug., 1993.

34. KAPLAN, N. et al. Endodontics and periradicular surgery - a one-sitting procedure. *New York Journal of Dentistry*, v. 30, p. 253-258, 1960.

35. KELLS JR., C. E. Immediate root filling. *Cincinnati Medical & Dental Journal*, v. 2, p. 193-198, 1886-1887.

36. KELLS JR., C. E. Immediate root filling. *Dental Cosmos*, v. 29, n. 3, p. 366-367, June, 1887.

37. LANDERS, R. R., CALHOUN, R. I. One-appointment endodontic therapy: an opinion survey. *Journal of Endodontics*, v. 6, n. 10, p. 799-801, Oct., 1980.

38. LIN, M. L. et al. Factors associated with endodontic treatment failures. *Journal of Endodontics*, v. 18, n. 12, p. 625-627, Dec., 1992.

39. LORINCZY-LANDGRAF, E., PALOCZ, G. Kontrollergebnisse von in einer Sitzung veisorgten Gangröhren. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, v. 10, n. 10, p. 742-755, Mai, 1955.

40. LORINCZY-LANDGRAF, E., PALOCZ, G. Die biologische Wertung des infizierten Wurzelkanals: Eine klinische Studie. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, v. 12, p. 438-444, Marz, 1957.

41. MAISTO, O. A. *Tratamiento de conductos radiculares con lesiones periapicales en una sola sesión, sin apicectomía*. Trabalho apresentado na 103^a sessão da Associação Dental Americana em 29 de outubro de 1962. In: MAISTO, O. A. *Endodontia*. 3^a ed., Buenos Aires, Mundi, 1975, p. 296-297.

42. MAISTO, O. A. *Endodontia*. 1^a ed., Buenos Aires, Mundi, 1967.

43. MASSONE, E. J. Razones para el tratamiento endodontico en una sesión operatoria. *Rev. de la Sociedad Odontológica de La Plata*, v. 2, n. 4, p. 19-24, nov., 1989.

44. MAXMEN, H. A. The expanding scope of endodontics. *Journal of the Michigan State Dental Association*, v. 41, n. 2, p. 25-40, Feb., 1959.

45. MORSE, D. R. et al. Asymptomatic teeth with necrotic pulps and associated periapical radiolucencies: relationship of flare-ups to endodontic instrumentation, antibiotic usage and stress in three separate practices at three different time periods. Part III: 1983-1985. *Int. J. of Psychosomatics*, v. 33, n. 1, p. 31-37, special issue, 1986.

46. MORSE, D. R. One-visit endodontics. *Hawaii Dental Journal*, v. 18, n. 11, p. 12-14, Dec., 1987.

47. MOTTA, A. G. et al. Avaliação do pós-operatório no tratamento endodontônico em uma e duas consultas. *RBO*, v. 43, n. 5, p. 30-34, set./out., 1986.

48. MOTTA, A. G. et al. Incidência dolorosa após o tratamento endodontônico em uma sessão em dentes com polpa mortificada. *RBO*, v. 54, n. 3, p. 150-152, set./out., 1997.

49. MULHERN, J. M. et al. Incidence of postoperative pain after one-appointment endodontic treatment of asymptomatic pulpal necrosis in single-rooted teeth. *J. Endod.*, v. 8, n. 8, p. 370-375, Aug., 1982.

50. OKUN, J. Immediate root canal filling and apicoectomy. *New York Journal of Dentistry*, v. 43, n. 11, p. 403-406, Nov., 1953.

51. OKUNO, K. et al. A case report of endodontical one sitting treatment. *Journal of the Osaka Odontological Society*, v. 39, n. 6, p. 831-840, June, 1976.

52. OLIET, S. Single-visit endodontics: a clinical study. *J. of Endodontics*, v. 9, n. 4, p. 147-152, Apr., 1983.

53. PEKRUN, R. B. The incidence of failure following single-visit endodontic therapy. *Journal of Endodontics*, v. 12, n. 2, p. 68-72, Feb., 1986.

54. PETERS, D. Evaluation of prophylactic alveolar trephination to avoid pain. *Journal of Endodontics*, v. 6, n. 4, p. 518-526, April, 1980.

55. PUCCI, F. La praticabilidad de la obturación inmediata de los canales radiculares. In: *Actas y trabajos del III Congreso Odontológico Latino Americano*, v. 2, p. 231-234, 1929.

56. PUCCI, F. *Conductos radiculares. Anatomía, patología y terapia*. Vol. II. Montevideo, Casa A. Barreiro y Ramos, 1945.

57. ROANE, J. B. et al. Incidence of postoperative pain after single and multiple-visit endodontic procedures. *Oral Surgery, Oral Medicine & Oral Pathology*, v. 55, n. 1, p. 68-72, Jan., 1982.

58. ROGERS, G. O. Filling and treating roots at one sitting. *British Journal of Dental Science*, v. 29, p. 419-421, May, 1886.

59. SILVEIRA, A. B. et al. Tratamento endodontônico em sessão única: levantamento das opiniões dos endodontistas de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. *Arquivo do Centro de Estudos do Curso de Odontologia*, v. 21/22, n. 1/2, p. 127-142, jan./jun., 1984-1985.

60. SOMMER, R. F. et al. *Clinical Endodontics*. 1^a ed., Philadelphia, Saunders, 1956.

61. SOUTHERD, D. W., ROONEY, T. P. Effective one-visit therapy for the acute periapical abscess. *Journal of Endodontics*, v. 10, n. 12, p. 580-583, Dec., 1984.

62. STAMOS, D. E. et al. Use of ultrasonics in single-visit endodontic therapy. *Journal of Endodontics*, v. 13, n. 5, p. 246-249, May, 1987.

63. STOCKWELL, C. T. Immediate root filling. *Cincinnati Medical & Dental J.*, v. 1, p. 348-349, 1885-1886.

64. STOCKWELL, C. T. The treatment and filling of root canals at a single visit. *Archives of Dentistry*, v. 3, p. 193-194, 1886.

65. TROPE, M. Flare-up rate of single-visit endodontics. *International Endodontic Journal*, v. 24, n. 1, p. 24-27, Jan., 1991.

66. TROPE, M., GROSSMAN, L. I. Root canal culturing survey: single-visit endodontics. *Journal of Endodontics*, v. 11, n. 11, p. 511-513, Nov., 1985.

67. TROPE, M. et al. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: single vs. multivisit treatment. *J. Endod.*, v. 25, n. 5, p. 345-350, May, 1999.

68. WAHL, M. J. Myths of single-visit endodontics. *General Dentistry*, v. 44, n. 2, p. 126-131, Mar./April, 1996.

69. WANDEL, S. Die Behandlung des gangrönösen Wurzelkanals in einer Sitzung. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, v. 17, n. 13, p. 953-962, Juli, 1962.

70. WEINE, F. S. Controversies in clinical endodontics: part 2. Single-appointment treatment vs. multiple-appointment treatment. *Compendium on Continuing Education in Dentistry*, v. 18, n. 2, p. 140, 142-146, Feb., 1997.

71. WOLCH, I. One appointment endodontic treatment. *Journal of the Canadian Dental Association*, v. 41, n. 11, p. 613-615, Nov., 1975.