

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÃO ÚNICA - UMA ANÁLISE CRÍTICA

ONE-VISIT ENDODONTIC THERAPY – A CRITICAL VIEW

Ronaldo Araújo Souza*

Souza RA. Tratamento endodôntico em sessão única - uma análise crítica. J Brás Endod 2003; 4(15):345-50.

Apesar dos grandes avanços alcançados pela Endodontia, muitos dos seus aspectos continuam sendo motivo de polêmica e indefinição. 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. É objetivo desse artigo discutir e fazer uma análise crítica sobre os vários pontos que envolvem esse tema.

PALAVRAS-CHAVE: Preparo do canal radicular; Medicamentos do canal radicular; Obturação do canal radicular; Materiais restauradores do canal radicular.

INTRODUÇÃO

A complexidade do tratamento endodôntico tem sido reconhecida ao longo dos anos e, pelas dificuldades que lhe são inerentes, ele quase sempre foi indicado ser realizado em duas ou mais consultas.

Segundo Souza (2003), existem dois momentos distintos na terapia endodôntica: um em que se prepara o canal e outro em que ele é obturado, o que faz com ela apresente duas etapas bem definidas: preparo e obturação.

O preparo do canal é, por si só, um ato operatório que gera trauma tecidual, portanto, capaz de produzir dor pós-operatória. Por sua vez, a obturação também apresenta potencial para tal, devido não só aos aspectos físicos que a envolvem, como também à composição dos materiais que a constituem, todos eles com algum grau de agressão, com chances maiores diante da ocorrência de extravasamento desses materiais.

Em função disso, talvez se possa deduzir que a execução dessas duas etapas em um mesmo momento cirúrgico apresenta um grande potencial de dor pós-operatória. Essa possibilidade tem sido um argumento utilizado para a não realização do tratamento endodôntico em uma única consulta.

Há algum tempo a concepção que se tinha era a da existência de um canal, que deveria ser alargado e obturado. Apesar de, infelizmente, ainda hoje, muitos profissionais possuírem essa visão, reconhece-se a existência de um sistema de canais, constituído pelo próprio canal principal, túbulos dentinários, canais laterais, recorrentes, acessórios, delta apicais, etc. Às dificuldades inerentes ao tratamento da luz do canal principal, surgiram e se incorporaram as do tratamento do restante do sistema de canais. Junto com estas, também cresceu a idéia da impossibilidade do tratamento do sistema de canais em uma única consulta. Apesar disso, sempre existiu o desejo de fazer a terapia endodôntica em uma única visita e hoje, a Endodontia em sessão única, como ficou conhecida, é preconizada por alguns profissionais.

Existem diversos argumentos a favor e contra esse procedimento, alguns dos quais respaldados em puro pragmatismo. Talvez a complexidade existente na terapia endodôntica exija uma análise mais detalhada dessa questão, em função das situações clínicas que se apresentam rotineiramente ao endodontista, o que constitui o objetivo desse artigo.

Sessão única na polpa viva

Uma das maiores razões, quem sabe a maior, da não realização da Endodontia em sessão única, sempre foi a dor pós-operatória. Apesar desse temor ainda existir em proporções consideráveis, haja visto que para alguns profissionais a presença da dor significaria um indício muito forte de insucesso, este não deveria ser um

* Professor de Endodontia da Escola Bahiana de Odontologia da Fundação para Desenvolvimento das Ciências; Coordenador dos Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento em Endodontia da EAP da ABO Bahia; Av. Paulo VI, 2038/504, Itaigara - CEP: 41810-001; Salvador, BA; e-mail: ronaldoasouza@ig.com.br

motivo de preocupação. Não resta nenhuma dúvida de que a dor sempre representará um sinal de alerta, porém, a sua presença no pós-operatório não está tão intimamente associada ao fracasso da terapia endodôntica (Souza, 2003).

É sabido que qualquer tipo de agressão ao organismo gera uma resposta inflamatória. Costuma-se associar essa resposta a traumas, invasão bacteriana, etc, porém, deve-se entender que o próprio tratamento endodôntico é um fator indutor de reação inflamatória e, portanto, também de dor pós-operatória.

Segundo Souza (2000b), um preparo bem conduzido gera trauma pequeno que induz uma resposta inflamatória de pequena intensidade. Clinicamente, não há manifestação de dor por parte do paciente. Quando o preparo é mais traumático, também a sua resposta inflamatória é mais intensa, gerando assim sintomatologia dolorosa para o paciente. Em ambas as situações, há formação de edema nos tecidos periapicais.

Sendo o trauma de pequena intensidade, também o é o edema resultante, cujo conteúdo será drenado pelos mecanismos próprios do organismo; não há dor. Sendo de maior intensidade, o trauma gera uma resposta mais intensa, que, por sua vez, gera edema maior. Esse edema, pelo seu maior conteúdo, não é adequadamente drenado pelo organismo. A depender do seu volume, ele se acomoda nos tecidos periapicais e não provoca dor, que só ocorrerá diante de “estímulos”, como a mastigação que, comprimindo-o, promove compressão das células sensitivas da região. Nesses casos o paciente não apresenta dor espontânea e sim provocada.

Diante de um preparo mais traumático, a formação de edema é maior, a ponto de gerar dor que não precisa de estímulos para se manifestar, o que caracteriza a dor espontânea. Isso ocorre graças à compressão permanente do edema sobre as células nervosas, justificando assim, as dores relatadas pelo paciente. Em resumo, a dor ocorre porque o edema inflamatório não tem por onde drenar.

Esse momento constitui a fase aguda da inflamação e se caracteriza pela exsudação plasmática e migração celular para os tecidos agredidos, com liberação de mediadores químicos que em muito contribuem para o desenvolvimento da resposta inflamatória (Trowbridge, Emling, 1996; Cotran et al., 1999). Geralmente, o período de duração dessa resposta costuma ser de até 72 horas e tem como finalidade identificar, isolar e eliminar o agente agressor. Sendo assim, deve-se compreender que ela é inevitável e necessária.

Esse processo gera destruição tecidual, proporcional ao grau de agressão. Uma vez decorrido o prazo para que essa resposta se desenvolva,

basicamente, as mesmas células que a promoveram se voltam para a reconstrução tecidual, induzindo assim a volta à normalidade. Desse modo, percebe-se que o processo de reparo é inteiramente dependente da reação inflamatória, constituindo-se, na verdade, na sua continuação. Sem um não ocorre o outro.

Além desses aspectos, a dor pode ser decorrente da agressão física do extravasamento de solução irrigadora ou material de obturação, ou ainda da agressão química que ocorre como resposta aos componentes químicos desses materiais extravasados. Nesses casos, os tecidos ápico/periapicais desenvolverão reação inflamatória semelhante à descrita.

Portanto, tendo em vista que a dor pode representar a manifestação clínica de uma reação fisiológica, infere-se que a sua presença não constitui necessariamente um fator contra indicador da Endodontia em sessão única nos tratamentos de canal com polpa viva.

Sessão única na polpa necrosada

Desde quando não há microorganismos, a resistência à sessão única no tratamento de canal com polpa viva sempre teve a sua razão maior na possibilidade de dor pós-operatória mais acentuada. Nos casos com necrose essa possibilidade também existe, mas a ela associam-se outros aspectos.

Se em outras partes do organismo é inteiramente possível a necrose asséptica (Consolaro, 1997), na Endodontia ela se faz acompanhar da contaminação do canal (Souza, 2003). Deve ser lembrado que as maiores causas das alterações pulpares e periradiculares (doença periodontal e cárie, particularmente esta) são de origem microbiana. Em função das “portas” que se abrem (fissuras/fraturas de esmalte, alterações no espaço do ligamento periodontal), mesmo a necrose asséptica decorrente do traumatismo alvéolo/dentário deverá se contaminar; com papel relevante sendo desempenhado pelo fator tempo.

É justamente o fator tempo que também irá desempenhar importante papel na disseminação dessa contaminação pelo sistema de canais. Em função dele, passam a ser consideradas duas situações: as necroses sem e com lesão periapical.

O processo de instalação e disseminação da necrose e infecção não parece ser muito rápido. Uma necrose sem lesão periapical é um reflexo do pouco tempo de instalação desse processo e que, por isso, não teria ainda se manifestado através da rarefação óssea periapical. Sabe-se que ele ocorre por segmentos do sistema de canais, o que talvez permita deduzir que, em determinado momento, todo esse sistema pode estar “recém” infectado sem ainda apresentar manifestações periradiculares, que

deverão surgir em seguida. Sendo assim, fica difícil interpretar a inexistência da lesão periapical como uma expressão da ausência de infecção do sistema de canais ou do grau de infecção existente nele. Nessas condições, o tratamento endodôntico não deve estar voltado somente a ação na luz principal do canal.

Até pouco tempo atrás, a Endodontia tinha o seu foco de ação voltado ao preparo do canal até então conhecido: o canal principal. O reconhecimento da existência do sistema de canais trouxe à luz as dificuldades e limitações de saneamento durante o tratamento endodôntico, o que permitiu mudanças importantes na sua execução.

É consenso na literatura que a terapia endodôntica encontra menores índices de sucesso quando diante de casos com lesão periapical, cuja razão reside no fato de que, nessas situações, é definitiva a disseminação da infecção pelo sistema de canais, o que traz uma maior dificuldade na sua eliminação (Holland et al., 1983; Souza et al., 1989; Siqueira, 1997). Não parece ser difícil imaginar que essa dificuldade se acentua sobremaneira diante de técnicas de instrumentação que contemplam somente a luz do canal principal.

DISCUSSÃO

Já é antiga a discussão sobre a realização da Endodontia em sessão única ou em múltiplas sessões, com ambas as correntes apresentando os mais diversos argumentos. Têm-se até utilizado as cirurgias médicas como exemplo favorável à Endodontia em sessão única, pelo fato de elas não serem feitas em “sessões múltiplas”. Torna-se importante o esclarecimento de alguns pontos.

A cirurgia em Medicina apresenta duas características importantes. A primeira delas é que o ato operatório é feito, em sua maioria, com visão e acesso diretos às estruturas a serem operadas. Isso significa dizer que o cirurgião médico não só vê o seu campo de ação, o que lhe permite estabelecer com facilidade os limites da sua intervenção, como tem um acesso tal que também lhe permite trabalhar diretamente sobre ele. A segunda é que os mecanismos de defesa do organismo, fundamentais para o processo de reparo, não deverão encontrar restrições de acesso ao local operado, pois, cumprindo o seu papel, a circulação sanguínea os levará até lá. Diante disso, poderíamos dizer que, nessas condições, a intervenção cirúrgica é plena, sem limitações de ordem mecânica, ou, talvez mais corretamente, com poucas limitações dessa natureza. Ainda a se considerar, se, eventualmente, a cirurgia exige um suporte terapêutico sistêmico ou, até por limitações técnicas do profissional, esse suporte terapêutico se torna necessário, pela circulação sanguínea ele também deverá ter pleno acesso ao

local desejado.

Isso também ocorre com algumas modalidades cirúrgicas em Odontologia, porém, na “cirurgia endodôntica” é diferente (deve ser ressaltado que não estamos falando de cirurgia pararendodôntica). Só para repetirmos o que já é conhecido, o endodontista “não vê” o que está fazendo, o que lhe traz sérias limitações quanto ao real conhecimento e domínio do seu campo de ação. Portanto, mesmo uma Endodontia “bem feita” deve encontrar limitações nos resultados desejados e esta parece ser uma realidade de difícil digestão: apesar de nem sempre entendermos e aceitarmos, as limitações no tratamento endodôntico ainda são muitas (Schäfer, Zapke, 2000; Shuping et al., 2000; Peters et al., 2001). Com relação a essa afirmativa, pode-se contraargumentar com os altos índices de sucesso relatados pela literatura, porém, ao mesmo tempo, como, diante desses altos índices, explicar a grande quantidade de retratamentos de canal?

Além desse fato, a própria complexidade anatômica do sistema de canais, sem dúvida, o maior fator complicador nessa história, impede o acesso dos “instrumentos cirúrgicos endodônticos” a determinadas áreas, o que tem como consequência maior, o favorecimento da permanência de alguns microorganismos e seu substrato no sistema de canais. Isso inclusive explica alguns insucessos da cirurgia pararendodôntica. Como a causa não teria sido totalmente removida (a que está “dentro” do sistema de canais) e, como as obturações retrógradas não vedam hermeticamente (como de resto, nenhuma obturação endodôntica parece conseguir), a longo prazo, suficiente para permitir a proliferação dos microorganismos remanescentes, a lesão voltaria a se desenvolver.

A circulação sanguínea é a via de chegada dos mecanismos de defesa do organismo, os sistemas imunes inato e adaptativo e da medicação sistêmica aos locais onde o organismo é agredido. No canal necrosado, evidentemente, não há circulação sanguínea, o que faz com que, diferentemente da cirurgia médica, esses elementos não alcancem esse resíduo de infecção.

Por esses aspectos, não concordamos com a analogia que se tenta fazer das cirurgias médicas com o tratamento endodôntico para justificar a sua realização em sessão única. Ao contrário, talvez seja um aspecto positivo da Endodontia porque, ao se ter oportunidade de “repetir” a consulta, tem-se mais chance de melhorar o procedimento. Ninguém “retrata” uma cirurgia médica em duas sessões, no entanto, parece ser impossível fazer um bom retratamento endodôntico em uma única sessão numa grande quantidade de vezes, o que vem mostrar as particularidades da terapia endodôntica. Não procede

a analogia.

Não existe preparo de canal atraumático, o que significa dizer que sempre haverá reação inflamatória após a instrumentação dos canais (Souza, 2000a; Souza, 2000b; Souza, 2003). Um preparo bem conduzido trará pouca ou nenhuma dor, porém, isso não significa que não houve resposta inflamatória. A dor representa uma manifestação clínica que reflete a intensidade dessa reação (Andrade, 2000) e não se ela ocorreu ou não. Nesse sentido, mais importantes que a sua presença são as suas características.

Após a instrumentação do canal, o coto apical e tecidos periapicais desenvolverão uma reação inflamatória cuja intensidade irá variar de leve a severa. Como consequência, também poderá se desencadear uma resposta dolorosa que guarda grande relação com a reação inflamatória. Acredita-se que a medicação intracanal com ação antiinflamatória é capaz de eliminar essa dor e que, ao contrário, a obturação feita na mesma sessão a acentuará. A mais utilizada, sem dúvida, tem sido o corticosteróide, geralmente associado a antibióticos.

Na consulta seguinte, ao remover a medicação intracanal, não é incomum o profissional, para melhorar o preparo do canal, decidir recapitular a instrumentação com a última lima. Foi tão enfatizada a necessidade do uso de corticóides que, nesses casos, algumas faculdades preconizam a realização de nova medicação com essas substâncias para, na terceira consulta, fazer-se a obturação, sob a alegação de que teria havido nova inflamação do coto apical. O adiamento da obturação e a renovação da medicação intracanal nesses moldes constituem um grande equívoco e, de certa forma, refletem o desconhecimento da fisiologia dos tecidos.

Analisando a questão da dor pós-operatória, Fava (1989) e Fava (1994) e Estrela et al. (1996) não encontraram diferença significativa entre os grupos tratados em uma e duas sessões. É interessante notar que mesmo a dor mais severa não é prenúncio de fracasso do tratamento. Não havendo intercorrências, como por exemplo, contaminação do canal, desaparecida a reação inflamatória, haverá reparo (Benatti, 1982). Assim, cientificamente, nada contraindica o tratamento endodôntico em sessão única. Há de se considerar, no entanto, um detalhe de ordem prática que assume grande importância nesse processo.

Remover a polpa e criar as condições físicas que propiciem a formação de um leito para a obturação não parece tarefa que exija predicados técnicos inatingíveis pelos profissionais da Endodontia. Tanto no caso de um incisivo central superior como no de um molar, isso poderá ser feito. Entretanto, apesar de existirem outras considerações de ordem técnica, uma diferença a ser observada é representada pelo tempo em que isso é feito.

Em tese, preparar e obturar na mesma sessão um incisivo central superior com polpa viva não deve exigir um tempo prolongado, o que faz com que, ao final, tanto profissional quanto paciente exibam um cansaço físico e mental natural, dentro dos limites aceitáveis e já conhecidos. Ao preparar um molar nas mesmas condições, ou seja, com polpa viva, o endodontista pode fazê-lo da mesma forma, em sessão única, mas, certamente, o tempo exigido para isso será bem maior. Todas as dificuldades técnicas de um tratamento endodôntico (anestesia, abertura de boca, acesso, localização e quantidade de canais, instrumentação, obturação, etc) se acentuam quando o dente em questão é o molar. Para cumprir bem todas essas etapas o tempo necessário é maior, o que pode levar o paciente à exaustão física. O tempo de cadeira e o tempo de boca aberta são maiores.

Um profissional mais habilidoso tornará menor esse tempo, mas, mesmo assim ele será maior do que em outros dentes. Acresça-se a isso e até por isso o fator emocional do paciente e do profissional. O tratamento de um molar sempre traz dificuldade e ansiedade maiores ao dentista, ou será que não? Esses aspectos são tão flagrantes que se fazem refletir de maneira marcante no resultado final da qualidade do tratamento de uma e da outra situação.

Sendo assim, o tratamento endodôntico de canal com polpa viva em sessão única depende dos predicados técnicos do profissional e do fator tempo, que, na verdade, apresentam uma relação de interdependência. Portanto, ele **pode ser feito**, o que não quer dizer que **deve ser feito**. Cada profissional terá que ter uma auto-crítica equilibrada para se encaixar em uma ou outra condição. O que não pode acontecer é ele se sentir pressionado e achar que, caso não consiga fazer bem em uma sessão, não é um bom profissional. Muitos casos tratados em sessão única, com boa aparência radiográfica do tratamento, encontraram explicação para o insucesso no fato de terem sido tratados dessa maneira. Ao se colocar esse parâmetro como importante, muitas vezes, negligencia-se com aspectos fundamentais da terapia endodôntica. “Eu trato molar em sessão única, mas sei que quando faço em duas sessões faço melhor” (Abou Rass, 1993).

Apesar de ainda haver alguma relutância, em função dos aspectos considerados, atualmente parece haver pouca dúvida quanto ao fato de que, no tratamento de canais com polpa viva, a Endodontia em sessão única permite as mesmas chances de sucesso que a feita em sessões múltiplas (Fava, 1989; De Deus, 1992; Jurcak et al., 1993; Fava, 1994; Estrela et al., 1996; Estrela, Figueiredo, 1999; Lopes, Siqueira, 1999). Ainda persiste, no entanto, muita dúvida quanto aos casos de necrose.

Existem algumas diferenças entre o tratamento de canal com polpa viva e com polpa necrosada.

Uma delas é que na polpa viva a intervenção do endodontista é direcionada para a remoção da polpa e preparo do canal para receber a obturação, ou seja, ela está voltada à luz do canal principal. Na polpa necrosada, a esse aspecto é acrescida a necessidade de uma atuação no sistema de canais. A ação na luz do canal não é tão fácil como alguns querem colocar, mas poderíamos dizer que ela é relativamente eficiente. Ao contrário, no sistema de canais ela é extremamente limitada.

A necrose pulpar que estivesse limitada à luz do canal principal não deveria representar nenhum motivo impeditivo à realização da Endodontia em sessão única. Se o canal com polpa necrosada sem lesão periapical ainda apresenta tecido vital no restante do sistema de canais (túbulos, canais laterais, delta apicais, etc), bastaria tratar o canal principal, tal qual na polpa viva, entretanto, como já vimos, não há como saber se todo o sistema de canais também já está necrosado ou não.

Essa incerteza se repete quanto a sabermos se a infecção já se disseminou ou não. Isso significa dizer que, clinicamente, não há como saber da verdadeira situação em que se encontra o sistema de canais radiculares. Assim, devemos contar com a possibilidade dessa disseminação existir. Nessas condições, a ação do endodontista não pode estar voltada somente à luz do canal principal, mas, sim, a todo o sistema de canais, no sentido de eliminar a sua infecção. Esse é o grande diferencial entre o tratamento de canal com polpa viva e necrosada, particularmente nos casos com lesão periradicular.

A rigor, três fatores interagem na patogênese das lesões periradiculares; (1) quantidade de microorganismos, (2) virulência e (3) resistência do hospedeiro. Tendo em vista que é consensual que não se consegue a eliminação de todos os microorganismos, deve-se esperar que essa interação também desempenhe papel fundamental no processo de cura. Em outras palavras, (1) quantos permaneceram, (2) qual a virulência destes e (3) se a resistência do hospedeiro é suficiente para enfrentar esse “resíduo”.

O sistema imune, que confere resistência ao hospedeiro, sofre influências de toda ordem. É sabido por exemplo que o estresse exerce uma influência negativa sobre ele, muitas vezes, deprimindo-o. Também é sabido que atualmente o estresse é um fator presente na vida das pessoas, restando saber em que intensidade e que consequências traz a cada uma delas. Isso significa que, mesmo um sistema imune eficiente deve enfrentar momentos de depressão, o que, certamente, pode diminuir a resistência do hospedeiro, porém, **não temos controle sobre isso.**

Uma vez que o que se deseja é o processo de reparo, a quantidade e virulência dos

microorganismos passam a representar o grande diferencial nessa busca. Ao se fazer um preparo de canal, intenciona-se eliminar esses microorganismos na sua totalidade, entretanto, tem sido colocada de várias maneiras a impossibilidade de se alcançar esse objetivo, o que significa dizer que alguns permanecem no sistema de canais (Shuping et al., 2000; Peters et al., 2001).

A constituição dos canais acessórios e laterais é semelhante à do ligamento periodontal. A permanência de tecido necrótico e bactérias nesses canais constitui uma fonte de infecção que pode influenciar o prognóstico da terapia endodôntica a longo prazo. Torna-se evidente nas relações endoperio a troca de metabólitos e produtos de decomposição entre eles e os tecidos periodontais (Karagoz-Kuçükay, 1994).

Para alguns a grande resposta para essa preocupação tem sido o enclausuramento desses microorganismos pela obturação. Segundo Souza (1998) e Souza (2003), essa possibilidade não deve ser considerada. É muito difícil, se não impossível, limpar os canais laterais e ramificações (delta) apicais e conseguir uma obturação hermética (Karagoz-Kuçükay, 1994). Assim, resta-nos atuar com o pensamento voltado ao que parece ser um fato: a permanência dos microorganismos.

Os vários trabalhos existentes hoje na literatura demonstram um grande conhecimento da microbiota do sistema de canais, inclusive daqueles casos tidos como refratários ao tratamento endodôntico. Apesar desse conhecimento, como saber na clínica quais e quantos permaneceram? Como saber se a qualidade e quantidade do que permaneceu são suficientes para o surgimento de uma lesão ou manutenção de uma existente? Como saber se essa quantidade e qualidade são ou estão compatíveis com o momento do sistema imune do paciente para, nessas condições, deixar a cargo dele a responsabilidade pela cura?

Comete-se um grande equívoco ao se estabelecer a correção da Endodontia em sessão única nos casos de polpa necrosada, ao se argumentar com a ausência de dor pós-operatória (Soares, César, 2001). O mais importante é a eliminação da infecção e têm sido demonstradas as poucas chances de se conseguir esse objetivo através desse procedimento. Se, clinicamente, a ausência de dor pós-operatória representa um aspecto positivo, não traduz as reais condições de limpeza e modelagem do sistema de canais.

A realização da Endodontia em sessão única não deve ser considerada algo fora de propósito, tendo em vista que a qualidade do preparo do canal nos dias de hoje é um fato incontestável, mas, também é incontestável que as respostas para as perguntas acima não são conhecidas. Ela não pode ser vista somente sob a ótica de que muitos casos são

resolvidos porque, sob esse ângulo, uma outra questão se impõe; quantos não são? É evidente que se pode argumentar da mesma forma, isto é, que muitos casos também não são resolvidos em duas ou mais sessões, mas, tendo em vista a necessidade de eliminação de microorganismos, parece haver uma tendência em se acreditar no maior potencial dessa segunda alternativa (Trope et al., 1999).

Alguns profissionais chegam a argumentar que se a sessão única não der certo retrata-se o canal. Quando um tratamento endodôntico falha, não se pode imaginar a necessidade de nova intervenção como um procedimento tão simples. Implica em dispêndio de tempo por parte do profissional e do paciente, remoção da restauração do dente, com tempo e custos maiores para o paciente se for uma prótese extensa. Se a opção for cirúrgica, adicione-se a isso as implicações de uma cirurgia, como trauma mais acentuado e consequente desconforto pós-

operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Endodontia caminha cada vez mais na direção de procedimentos com o devido respaldo científico e, por isso, acreditamos que não deve haver radicalismo contra ou a favor da Endodontia em sessão única. Considerando-se os aspectos discutidos, não se justifica o temor pela sua realização nos casos de polpa viva, entretanto, se os instrumentos endodônticos, as técnicas de preparo do canal, a complexidade do sistema de canais, as limitações dos mecanismos fagocitários e da medicação sistêmica, no sentido de atuarem no sistema de canais, não nos asseguram uma limpeza efetiva, a sua realização nos casos de necrose pulpar, particularmente naqueles com lesão periradicular, não parece encontrar esse respaldo.

Despite improvement in Endodontic techniques, many aspects still remain as reason for controversy and indefiniton. Root canal sistem complexity and limitation of techniques and instruments have induced endodontic treatment to be done in multiple visits, however, it is an old desire to do it in one single visit, what has actually been defended against by some authors. It is the aim of this article to discuss and make a critical analysis of all the points concerning to this theme.

KEYWORDS: Root canal preparation; Root canal irrigants; Root canal obturatio; Root canal filling materials.

REFERÊNCIAS

- Abou Rass M. Comunicação pessoal. Congresso Internacional de Endodontia; 1993 nov; Curitiba, PR.
- Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2000, 188p.
- Benatti O. Efeitos da ampliação do terço apical do canal na reparação pós-tratamento endodôntico [Tese de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 1982.
- Consolaro A. Ácidos e sistemas adesivos sobre a polpa dentária: uma abordagem crítica. RBO 1997; 54(4):198-203.
- Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins pathologic basis disease. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999. 1425p.
- De Deus QD. Endodontia, 5^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1992. 695p.
- Estrela C, Siqueira RM, Resende EV, Silva SA. Influência da substância química, do cimento obturador e do número de sessões na Incidência de pericementite traumática. ROBRAC 1996;6(20):9-13.
- Estrela C, Figueiredo JAP. Endodontia - princípios biológicos e mecânicos. São Paulo: Artes Médicas; 1999. 819p.
- Fava LRG. A comparison of one versus two appointment endodontic therapy in teeth with non-vital pulps. Int Endod J 1989; 22(4):179-183.
- Fava LRG. A clinical evaluation of one and two appointment root canal therapy using calcium hydroxide. Int Endod J, 1994; 27(1):47-51.
- Holland R, Valle GF, Taintor JF, Ingle JI. Influence of bony resorption on endodontic treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1983; 55(2):191-203.
- Jurcak JJ, Bellizzi R, Loushine RJ. Successful single-visit endodontics during operation desert shield. J Endod 1993; 19(8):412-413.
- Karagoz-Kuçukay I. Root canal ramifications in mandibular incisors and efficacy of low-temperature injection thermoplasticized gutta-percha filling. J Endod 1994; 20(5):236-240.
- Lopes HP, Siqueira Jr JF. Endodontia-biologia e técnica. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. 650p.
- Peters LB, Wesselink PR, Buijs JF, Van Winkelhoff AJ. Viable bacteria in root dentinal tubules of teeth with apical periodontitis. J Endod 2001; 27(2):76-81.
- Schäfer E, Zapke K. A comparative scanning electron microscopic investigation of the efficacy of manual and automated instrumentation of root canals. J Endod 2000; 26(11):660-664.
- Shuping GB, Ørstavik D, Sigurdsson A, Trope M. Reduction of intracanal bacteria using nickel-titanium rotary instrumentation and various medications. J Endod 2000; 26(12):751-755.
- Siqueira Jr JF. Tratamento das infecções endodônticas. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. 196p.
- Soares JÁ, César CAS. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. Pesqui Odontol Brás 2001; 15(2):138-144.

Souza RA. Clinical and radiographic evaluation of the relation between the apical limit of root canal filling and success in endodontics. Part 1. Braz Endod J 1998; 3(1):43-48.

Souza RA. Limpeza de forame - uma análise crítica. JBE 2000a; 1(2):72-78.

Souza RA. Limpeza de forame e sua relação com a dor pós-operatória. JBE 2000b; 1(3):45-48.

Souza V, Bernabé PFE, Holland R, Nery MJ, Mello W, Otoboni Filho JA. Tratamento não-cirúrgico de dentes com lesões periapicais. RBO 1989; 46(2):39-46.

Trope M, Delano O, Ørstavik D. Endodontic treatment with apical periodontitis: single vs. multivisit treatment. J Endod 1999; 25(5):345-350.

Trowbridge HO, Emling RC. Inflamação-uma revisão do processo. 4^a ed. São Paulo: Quintessence; 1996. 172p.

Recebido para publicação em: 07/02/03

Enviado para análise em: 12/03/03

Aceito para publicação em: 17/05/03