

Endodontic Therapy in One or Multiple Appointments

Tratamento Endodôntico em Única e Múltipla Sessões

Avaliação dos Critérios Para Sua Determinação. Após Entrevistas Com Parte dos Endodontistas Clínicos (Em Goiânia/GO)

INTRODUÇÃO

O sucesso do tratamento endodôntico depende de todas as etapas do tratamento, sendo que, para isso, todas elas são elos importantes.

PAIVA & ANTONIAZZI¹², (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. Para SHEEHY et al. (1997), o objetivo 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.

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.

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).

Um dos principais objetivos endodônticos é a máxima eliminação dos microorganismos do canal radicular, particularmente, em casos de necrose pulpar e periodontites apicais, PUMAROLA et al.¹³, (1992). Segundo SJÖGREN et al.¹⁹, (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.

RASQUIN¹⁵ (1997) afirma que um dos objetivos do tratamento endodôntico, nos casos de polpa morta, passa a ser a neutralização, a redução ou mesmo a eliminação da infecção do sistema de canais radiculares. Para a obtenção do sucesso de um tratamento endodôntico, é necessária uma correta execução de todas as etapas operatórias, em que o desprezo de um elo poderá significar o fracasso do tratamento.

Segundo HIZATUGU et al.⁵, (2000), o sucesso do tratamento endodôntico está diretamente relacionado ao controle da infecção endodôntica.

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..

SIMON¹⁷ (1992) diz que quando o tratamento não cura, a etiologia periapical pode ser corpos estranhos, bactérias, endotoxinas, epitélio, cimento e razões endógenas. Já NAIR et al.¹¹, (1993), após biopsia cirúrgica de lesões periapicais persistentes sugere-

- Donizete Santos de Barros

Mestre em Odontologia pelo CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP

- Arlindo Di Spagna Souza

- Maria L.B. B. de Lima Machado

- Carlos A. Ferreira Murgel

- Rielson José Alves Cardoso

Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação do CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP

Os AA avaliam os critérios para determinação do tratamento endodôntico em única ou múltiplas sessões, fazendo entrevistas com endodontistas clínicos.

re fator intrínseco como acumulação de certos tecidos, tais como: cristais de colesterol e a condição cística da própria lesão, afetando a cura.

RAMOS & BRAMANTE¹⁴ (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.

LEONARDO⁸ (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 & DAGHER²⁴, (1994). SJÖGREN et al.¹⁹, (1997), 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.

SOARES et al.²⁰, (1990) utilizaram curativo corticóide-antibiótico por 96 horas em dentes de cães com vitalidade pulpar em um grupo. Outro grupo foi obturado em sessão única. Houve pós-operatórios mais frequentes em única sessão, mas isso não causou maiores preocupações, pois reparos ocorrem em ambos os grupos.

LEONARDO et al.¹⁰, (1994) avaliaram, radiográfica e histobacteriologicamente, a reparação de lesões periapicais crônicas induzidas em dentes de cães. Houve maior sucesso no grupo no qual foi usado hidróxido de cálcio, quando comparado com o grupo sem medicamento (obturado na mesma sessão). Neste último, a invasão bacteriana nos túbulos dentinários foi maior e mais intensa. Também grande quantidade de microorganismo 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.

TROPE et al.²³, (1999), durante estudo realizando tratamento endodôntico em dentes com periodontite apical apresentando aspecto radiográfico desta alteração, verificaram que, os casos tratados com curativos de hidróxido de cálcio mostraram 10 por cento de vantagens em relação aos casos em sessão única.

JURCAK et al.⁶, (1993) realizaram estudo sobre tratamento endodôntico em sessão única. Foram usados 210 dentes de 167 pacientes. Na preservação, após um ano a um ano e quatro meses, compareceram 97 pacientes (58%); os autores avaliaram 102 dentes. A taxa de sucesso foi de 89%. Na avaliação, observaram opinião do paciente, exame clínico e radiográfico. Frisam que o sucesso em terapia endodôntica en-

contra-se baseado em três princípios, que estão interligados: debridamento, esterilização e completa obturação do sistema.

CALHOUN & LANDERS², (1982) questionaram endodontistas dos EUA sobre tratamento em única ou múltiplas sessões. A maioria dos endodontistas que respondeu ao questionário (81,9%) pensa que o tratamento endodôntico em única sessão, conjugado com cirurgia, seja proveitoso. Somente 12,8% dos pesquisados acreditam que o dente necrosado terá sucesso com tratamento endodôntico em sessão única, e 40,5% casos de necrose selecionados. A maior parte dos endodontistas acredita que haveria mais dor se o tratamento fosse completado em única sessão; a exceção seria para casos vitais e com fístula, sendo que os mesmos acreditam não haver diferenças pós-operatórias. Noventa por cento deles realiza o tratamento, em alguns casos, em sessão única; 67% trata de dentes com vitalidade pulpar em única sessão; 16,8% trata casos de necrose em única sessão. Houve inúmeras diferenças relacionadas às perguntas nas diferentes regiões geográficas; entretanto, quanto à idéia de se rever a quantidade de tempo clínico, houve poucas discordâncias e, por isso, os autores sugerem mais pesquisas deste tema.

SILVEIRA¹⁶ (1983) questionou os endodontistas dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo com três questões básicas: a validade da realização do tratamento endodôntico em sessão única, em situações específicas; a dor pós-operatória e a realização, ou não, em diversas situações do tratamento endodôntico na mesma sessão pelos endodontistas consultados. Como a pesquisa foi realizada por cartas, o autor recebeu 215 respostas (37,39%), sendo 40 (28,72%) de Minas Gerais; 53 (30,28%) do Rio de Janeiro e 122 (40%) de São Paulo. 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; 66,51% dos entrevistados admitem sucesso do tratamento endodôntico em única sessão e, nos casos de cirurgia periapical, 60,93% realizam o tratamento em única sessão. Vinte (9,3%) não completam o tratamento em sessão única, e 195 (90,69%) completaram em alguma situação.

SJOGREN et al.¹⁹, (1997) investigaram influência de infecção no tratamento de canais radiculares, preservando dentes que tinham sido tratados em única sessão. Utilizaram, neste estudo, 55 dentes unirradiculares com periodontite apical. Os dentes foram instrumentados e irrigados com hipoclorito de sódio. Amostras foram retiradas após instrumentação. Detectaram baixo número de bactérias em 22 canais. Preservaram por cinco anos. Ocorreu cura completa em 94% dos casos que tinham mostrado culturas negativas, enquanto os casos com amostras positivas resultaram em 68% de sucesso. Os 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.

SIQUEIRA JR.¹⁸ (1997) opta pela obturação imediata do canal radicular nos casos de polpa viva, após a instrumentação, se houver tempo para realização do procedimento. Ressalta que a modalidade de tratamento em sessão única baseia-se no fato de o canal estar livre de bactérias. Desde que a cadeia asséptica tenha sido mantida pelo profissional, não há razão para não concluir o tratamento 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 pulpíte, o tratamento deve ser adiado. Para casos de necrose pulpar, o autor orienta para tratamento mediato.

HIZATUGU et al.⁵, (2000) defendem o tratamento endodôntico em sessão única, e frisam que o tratamento dos canais radiculares está diretamente relacionado ao controle de infecção endodôntica, para ser bem sucedido. Dizem 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; não precisa refamiliarizar-se com a anatomia do canal. Citam como desvantagens em portadores de disfunção temporomandibular; e exacerbação sintomatológica.

BOMBANA¹ (2000), 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. E não representar, de forma até vulgar, e adoção de um posicionamento apenas atento ao como fazer.

Desta forma o objetivo deste estudo é avaliar os critérios para determinação de tratamento endodôntico em única e múltiplas sessões, após entrevistas com parte dos endodontistas clínicos, em Goiânia.

MATERIAL E MÉTODO

O material consistiu de 87 entrevistas sobre o tratamento endodôntico em sessão única, com endodontistas de Goiânia. As entrevistas seguiram a vontade do entrevistador quanto a comodidade para realizá-la. Setenta e cinco (86,2%) dos entrevistados optaram pela entrevista e questionamentos por telefone. Para 12 (13,8%) foram entregues os questionários em seus consultórios, e, no dia seguinte, eles foram recolhidos.

Os entrevistados responderam aos questionamentos do modelo de questionário acima.

RESULTADOS

Levando-se em consideração as respostas dos 87 entrevistados podemos nas tabelas que seguem observar os resultados concernentes aos aspectos levantados no questionário padrão utilizado. A TABELA 1 apresenta o resultado geral.

Considerando a condição pré-operatória os entrevistados expressaram nos resultados tabulados na TABELA 2 a incidência em que advogam e consideram lícito realizar o tratamento em uma única sessão terapêutica.

Já para a realidade da execução efetiva em única sessão do tratamento endodôntico a TABELA 3 expressa o número de profissionais e o percentual de casos que cada um deles consegue realizar em sua clínica diária.

Na TABELA 4 estão expressos a quantidade de profissionais e os percentuais de profissionais correspondentes quando estes contra indicam a terapia em única sessão levando-se em consideração condições específicas pré-operatórias impos-

Os entrevistados responderam aos seguintes questionamentos:

- 1 - Você realiza tratamento endodôntico completo em única sessão em alguma situação?
(---) Sim (---) Não
- 2 - Em que casos?
Retratamento (---) Sim (---) Não
Polpa morta com lesão (---) Sim (---) Não
Polpa morta sem lesão (---) Sim (---) Não
Polpa viva (---) Sim (---) Não
- 3 - De todos os tratamentos realizados por você, qual é a porcentagem em sessão única?
- 4 - Quais os casos você julga contra-indicados?
Retratamento
Anatomia complexa
Abscesso agudo
Outros
- 5 - Você faz controle clínico e radiográfico?
(---) Sim (---) Não
- 6 - Por quanto tempo e qual o intervalo de um controle para o outro?
(---) 3 meses, (---) 6 meses, (---) 1 ano, (---) 2 anos, (---) e mais
- 7 - Qual a porcentagem de sucesso clínico e radiográfico obtido em seus tratamentos?
- 8 - A que você atribui o insucesso?
Presença de microrganismo (---) Substância química (---)
Medicação intracanal (---) Instrumentação (---) Outros
- 9 - Você cobra menos por seus honorários pelos procedimentos em sessão única?
(---) Sim (---) Não
- 10 - Quais critérios confiáveis para determinar o sucesso do tratamento em sessão única você leva em consideração?
(---) Ausência de dor relatada pelo paciente
(---) Radiográfico
(---) Ausência de sintomas aos testes de palpação e percussão
(---) Conhecimento dos resultados Histológicos
- 11 - Se você fosse submetido ao tratamento endodôntico, qual modalidade de tratamento você preferiria?
(---) Única sessão (---) Múltiplas sessões

tas pelo entrevistador.

Quanto ao tempos propostos para avaliação pós-operatória e os tempos em que estes são instituídos por cada profissional, foi expressa uma variedade muito grande de proposições.

Na TABELA 5 podemos de forma mais concisa expressar de forma padronizada temporalmente o número de profissionais que indicam tais prazos como ideais para a realização de controles para os tratamentos instituídos.

Como tempo final para a preservação o tempo máximo indicado como ideal pelos entrevistados é de no máximo 2 anos.

Quando indagados sobre custos do tratamento endodôntico em única sessão, se estes são menos onerosos aos pacientes em função do tempo realizado, 94% colocaram que não há um menor custo nestas condições terapêuticas.

Quanto ao sucesso esperado traduzido em níveis percentuais, podemos observar que na faixa entre 80% e 95% se concentram a maioria dos profissionais pesquisados.

Os especialistas consultados conferem à presença de microorganismos (97,67%), como a maior causa de insucesso do tratamento endodôntico, seguida da fase de instrumentação (74,71%).

Na TABELA 6 estão expressos os fatores que são levados em consideração para a análise e determinação de um tratamento endodôntico de sucesso.

Quando indagados pela preferência de tratamento em única ou múltiplas sessões quando na eventualidade de eles os especialistas serem submetidos à terapia, os resultados contidos na TABELA 7, somente 36% desejam ser tratados para todos os casos em uma única sessão.

DISCUSSÃO

O tratamento endodôntico em sessão única está respaldado na literatura principalmente para os casos em que a polpa está vital. Caso o tratamento seja realizado em dentes com polpa viva, 79 (90,8%) dos entrevistados o realizam em sessão

TABELA 1 – Número e porcentagem de endodontistas entrevistados que admitem a realização do tratamento endodôntico em única sessão ou não.		
Sim	não	total
84(96,55%)	03(03,45%)	87(100%)

única, sempre ou 5 (5,75%) em algumas vezes. Este aspecto está em concordância com ESTRELA et al.³, (1996); RAMOS & BRAMANTE¹⁴, (1997); SIQUEIRA JÚNIOR¹⁸ (1997); HIZATUGU⁵ (2000). Porém, observando-se a porcentagem de realização do tratamento em sessão única, verifica-se que há diferença do que indicam para o que, efetivamente, realizam. Talvez isso ocorra devido ao fato de que na rotina clínica, os profissionais são criteriosos na seleção de casos para concluir na mesma sessão, pois os mesmos citam várias contra-indicações para a realização com esta filosofia. Deste modo, apesar de um profissional indicar tratamento em sessão única, na clínica, para decidir se conclui ou não, na mesma sessão, entram em jogo além das contra-indicações, o tempo disponível, tanto do profissional, quanto do paciente, e as condições técnicas necessárias. Outras considerações, como a característica predominante de retratamentos, polpas necróticas e anatomias complicadas, influenciarão num menor percentual para a realização de tratamento endodôntico completo em única sessão, mesmo sendo realizado por um especialista.

Para os casos de polpa morta com lesão, mais da metade, (74,72%), dos entrevistados não diz realizar o tratamento endodôntico completo em sessão única. Esta taxa é menor para os casos de polpa morta sem lesão (45,97%). Esta postura terapêutica está suportada pelos resultados de SJOGREN et al.¹⁹, (1997) e pela avaliação mais apurada no trabalho de TROPE et al.²³, (1999) que tem 10% maior sucesso nos tratamentos em múltiplas sessões. Vale ressaltar que os trabalhos sobre tratamento endodôntico completo em única sessão, para casos de polpa morta que, mostram não haver diferença entre tratamento em única e múltiplas sessões; avaliam somente a dor pós-operatória ou analisam radiograficamente.

Porém, os estudos histológicos (LEONARDO et al.¹⁰ 1995; SJOGREN et al.¹⁹, (1997) KATEBZADEH et al.⁷ 1999; TROPE²³ 1999) mostram melhores resultados para os casos tratados com medicação intracanal entre sessões.

Mais acurada deve ser a avaliação quanto aos retratamentos. HEPDWOTH & FRIEDMAN⁴, (1997), em revisão da literatura, afirmam que a média ponderada do sucesso em retratamento de dente associado com periodontite foi de 66%. Como a taxa de sucesso é menor para esses casos, a atitude terapêutica deve fazer esforço para conseguir taxas mais elevadas de sucesso. Como os resultados de taxas de sucesso, nos casos de retratamento, não são tão altos leva-nos a crer que o problema de insucesso é de natureza biológica principalmente, e não só da técnica endodôntica o que determina a observação dos resultados biológicos dos tratamentos, em especial os microbiológicos. Como relatam, também, SIMON¹⁷ (1992) e NAIR et al.¹¹, (1993).

Todos os entrevistados manifestaram a opinião de contra-indicação para casos de abscesso agudo. Contudo, dois entrevistados, apesar de contra-indicarem, o fazem em raras ocasiões, e estão embasados nos trabalhos de SOUTHARD & ROONEY²¹, (1984); HIZATUGU et al.⁵, (2000).

TABELA 2 – Incidência e percentual de entrevistados que realizam o tratamento endodôntico em sessão única, conforme as condições.			
Condição clínica	Nº de entrevistados e percentual		
	Sim	não	às vezes
Polpa viva	79 (90,8%)	03 (03,45%)	05 (05,75%)
polpa morta sem lesão	39 (44,82%)	40 (45,97%)	08 (09,21%)
polpa morta com lesão	03 (03,45%)	65 (74,72%)	19 (21,85%)
retratamento	12 (13,79%)	56 (64,38%)	19 (21,85%)

TABELA 3 – Número de entrevistados e respostas em porcentagem de casos em que concluem o tratamento endodôntico em única sessão.	
Nº entrevistados	porcentual de tratamento realizado
3	0%
2	05%
12	10%
1	15%
9	20%
1	25%
9	30%
2	35%
10	40%
8	50%
4	60%
7	70%
3	80%
1	85%
4	90%
1	99%
10	não definiram
87	Total (100%)

Quanto à preservação dos tratamentos um dos 87 entrevistados (1,15%) diz não fazer controle clínico e radiográfico, devido à falta de colaboração dos pacientes. Porém, é necessário o controle, pois o sucesso do tratamento é definido após este. A literatura sempre orienta que se deva preservar os casos tratados, porém, a de se concordar com a dificuldade de realizá-las, o que exige dos profissionais a instituição de uma sistemática persistente de chamadas para retorno dos pacientes e orientação aos mesmos da importância desta conduta.

Em relação ao tempo de preservação, RAMOS & BRAMANTE¹⁴, (1997) indicam que a preservação deve iniciar um mês após o tratamento. Porém, STABHOLZ & WALTON²², (1997) orientam para preservação aos três meses. Os períodos de seis meses e um ano são os mais adotados pelos entrevistados. Para LEONARDO⁸ (1998), deve-se preservar de seis meses a vários anos.

Até dois anos pós-tratamento, a preservação é feita por 63 (72,41%) dos entrevistados. Após dois anos, apenas 30 (34,88%) dos entrevistados preservam os casos tratados. Preservar mais que dois anos deveria ser rotina para os clínicos em endodontia, pois existem casos em que a cura completa ocorre após dois anos da realização do tratamento.

Conforme foi observado, o tempo de preservação varia de profissional para profissional, mas é importante que se destaque que muitos casos podem demorar mais tempo para que a cura se complete (NAIR et al.¹¹, 1993).

Os resultados de tratamento endodôntico bem sucedidos são apresentados pelos entrevistados em alta porcentagem. Ses-

TABELA 4 – Opiniões dos entrevistados sobre contra-indicações para tratamento endodôntico em sessão única, em situações pré-definidas.

retratamento		anatomia complexa		abscesso agudo		outras contra-indicações
sim	não	sim	não	sim	não	
42 (48,28%)	45 51,(72%)	49 (56,32)	38 (43,68%)	87 (100%)	0	59 (67,80%)

senta e um entrevistados (70,12%) conseguem ou almejam ter entre 80% a 95% de sucesso. Quatro entrevistados (4,6%) conseguem sucesso 98%; um (1,15%) com 99%; um (1,15%) com 99,5%; e dois (2,3%) atingem 100% de sucesso. Outros oito (9,2%), entre 70% a 75% de sucesso. Um entrevistado (1,15%) com 40% de sucesso, porém restrito aos casos complicados preservados. Estes índices estão de acordo com JURCAK et al.⁶, (1993); SJÖGREN et al.¹⁹ (1997) com sucesso entre 80% a 90.

Portanto, nos casos de tratamento endodôntico, todas as etapas devem ser seguidas com segurança, assim como a preservação deve ter o tempo necessário para a confirmação de um preciso prognóstico.

Sabe-se que a eliminação de bactérias e tecidos necróticos dos canais radiculares, com lesões periapicais, são importantes para o sucesso do tratamento endodôntico (PUMAROLA et al.¹³ 1992; HIZATUGU⁵ 2000). Contudo, não existe medida clínica que garanta total eliminação de microorganismos (YARED & DAGHER²⁴, 1994; LEONARDO et al.¹⁰, 1994; SJÖGREN et al.¹⁹, 1997; TROPE et al.²³, 1999). Disto depreende-se que o tratamento de casos infectados deva ser realizado em múltiplas sessões para que a medicação intracanal seja mais um arsenal no combate aos agentes infectantes.

Para casos não complicados, a medicação intracanal não se difere, significativamente, no reparo (SOARES et al.²⁰ 1990; TROPE et al.²³, 1999). Porém, para o favorecimento do reparo a medicação intracanal é fundamental. LEONARDO et al.¹⁰, (1994) dizem que há maior sucesso nos casos em que se usa medicação intracanal do que nos casos sem a colocação dessa. Citam que o curativo de hidróxido de cálcio foi bem melhor tanto no sucesso radiográfico, como no microbiológico, comparado com o tratamento em sessão única.

O item "outras causas para o insucesso do tratamento endodôntico" foi deixado em aberto, para o entrevistado se lembrar. Não foi dado, a ele, a opção de responder "sim" ou "não". Foram lembradas 29 "outras causas sendo que cada entrevistado lembrou de uma a três causas. Se tivessem sido mencionadas essas 29 outras causas, provavelmente a maioria iria responder "sim". As causas mais lembradas foram: falhas na obturação, seguidas por dificuldade anatômica, quebra da cadeia asséptica e deficiência de limpeza/técnica.

É inverdade dizer que o tratamento endodôntico, em única sessão tem menor custo para o profissional e para o paciente, pois, de 84 entrevistados que realizam tratamento em sessão única, 79 (94,05%) disseram que não cobram menos quando realizam o tratamento endodôntico completo em única sessão.

Quanto à preferência dos endodontistas, quando da hipótese dos mesmos serem submetidos ao tratamento endodôntico, as respostas foram bastante similares às suas indicações para os

TABELA 5 – Tempo de controle clínico e radiográfico mais freqüente relatado pelos e entrevistados, levando em consideração 86 especialistas.

tempo	n° de entrevistados
03 meses	27 (31,03%)
06 meses	82 (94,25%)
01 ano	82 (94,25%)
02 anos	63 (72,41%)
mais de 02 anos	30 (34,50%)

pacientes, apesar de a preferência não ser por esta indicação.

Deve haver equilíbrio em tudo, pois o radicalismo pode gerar futuros arrependimentos. Se todos os casos de polpa viva forem tratados em múltiplas sessões, sem dúvida, isso em nada melhora a reparação. Porém, há casos em que é necessária a colocação de medicação intracanal (SIQUEIRA JR.¹⁸, 1997; RAMOS & BRAMANTE.¹⁴, 1997; LEONARDO⁸ 1998).

A reparação apical e periapical, em níveis histológicos, têm apontado melhores resultados em casos de polpa morta com lesão, quando usada medicação intracanal entre sessões (SOARES²⁰ 1999; RASQUIN¹⁵ 1997; LEONARDO et al.¹⁰, 1994; KATEBZADEH et al.⁷, 1999).

BOMBANA¹ (2000) critica a conduta de realizar tratamento endodôntico em sessão única, em casos de polpa morta e até mesmo para alguns casos de polpa viva, porque, para ele, o respeito ao fator biológico do paciente é necessário, e, para isto, deve-se colocar medicação intracanal, na maioria dos casos, para favorecer a reparação.

A nosso ver a comparação deste trabalho prospectivo com os de CALHOUN & LANDERS², (1982) e SILVEIRA¹⁶ (1983) não se faz verdadeiro pois há um fator atemporal evidente tanto do ponto de vista do conhecimento quanto do ambiente social, cultural e econômico que determinam uma nova realidade, sem no entanto desmerecer e ignorar a biologia humana como fator sobrepujante sobre todos estes.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que:

- 1) a maioria dos endodontistas de Goiânia indica tratamento endodôntico em sessão única. Porém, o percentual desta modalidade de tratamento efetivamente instituído é baixo pela maioria deles;
- 2) Os entrevistados em sua maioria atribuem à presença de microorganismos e falhas na instrumentação como sendo as principais causas de insucesso do tratamento endodôntico;
- 3) É quase consenso entre os entrevistados que o conhecimento histológico dos resultados do tratamento endodôntico não são levados em consideração para a determinação do sucesso do tratamento endodôntico em sessão única;
- 4) a maioria dos entrevistados não advoga tratamento endodôntico em sessão única para os casos de polpa morta com lesão periapical;
- 6) Não é mais barato para o paciente o tratamento endodôntico quando realizado em sessão única;
- 8) poucos entrevistados conseguem mais do que 90% de sucesso nos casos tratados endodonticamente;
- 9) quanto à preferência dos entrevistados sobre o tratamento endodôntico em sessão única, se os mesmos fossem submetidos ao tratamento endodôntico, o resultado foi, aproximadamente, semelhante àquele que indicam para seus pacientes;

Tabela 6 – O que os entrevistados levam em consideração para determinar o sucesso do tratamento endodôntico			
condição	n° de entrevistados e (%)		
	sim	não	não responderam
ausência de dor relatada pelo paciente	74 (89,15%)	09 (10,85%)	04 (4,6%)
radiográfico	82 (98,80%)	01 (01,20%)	04 (4,6%)
Resultados Histológico	01 (01,20%)	82 (98,80%)	04 (4,6%)
ausência de sintomas aos testes de palpação e percussão.	74 (89,15%)	09 (10,85%)	04 (4,6%)

RESUMO

O sucesso do tratamento endodôntico depende de uma série de eventos do tratamento, inclusive do número de sessões. O propósito deste estudo foi avaliar os critérios para a determinação do tratamento endodôntico em única e múltiplas sessões, após entrevistas com parte dos endodontistas clínicos, em Goiânia. Foram entrevistados 87 endodontistas e destas constatou-se que 84 (96,5%) admitem a realização em única sessão e três (3,45%) entrevistados não realizam tratamento endodôntico completo em única sessão. Porém, 49 (56,87%) entrevistados somente realizam efetivamente entre 5% a 40% dos casos tratados. Somente 1 entrevistado relatou realizar 99% dos casos em uma única sessão, e nenhum relatou realizá-los na totalidade das terapias instituídas. Concluiu-se, então, que a maioria dos profissionais entrevistados indica tratamento endodôntico em sessão única em algumas situações, no entanto o número de tratamentos efetivamente realizados fica abaixo de 50%.

SUMMARY

The endodontic therapy success depends on the treatment events, inclusive the number of the appointments. The purpose of this study was to evaluate the criteria to determine the endodontic therapy in one or multiple appointments, about interviews with clinician endodontists in Goiânia city, Brazil. It was interviewed 87 endodontists and the results showed that 84 (96,5%) believe that endodontic treatment in one appointment is possible; 3 (3,45%) do not complete the endodontic treatment at one appointment; only 49 (56,87%) treat endodontic cases at a single visit between 5 and 40% of their cases. Only 1 interviewed endodontist told to realize 99% of their cases at one visit and none confirmed at all cases. It was concluded that the majority of the interviewed professionals indicates the one visit endodontic treatment in some situations, but the number of the one visit endodontic treatment stay above 50% of all cases.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOMBANA, A.C. O momento oportuno para a obturação endodôntica, in: Atualização na clínica odontológica: cursos antagonísticos/Christa Feller, Riad Gorab; São Paulo, Artes Médicas, 2000, p.148-164.
- CALHOUN, R. L. LANDERS, R.R. One-appointment endodontic therapy: a nationwide survey of endodontics, J Endod., vol. 8, n° 1, p.35-40, Jan., 1982.
- ESTRELA, C., SIQUEIRA, R. M. G., RESENDE, E. V., et al. Influência da substância química, do cimento obturador e do número de seções da incidência de pericementite traumática, Rev Odontol Bras Central, vol. 6, n° 20, p.9-13, 1996.
- HEPDWOTH, M. J., FRIEDMAN, S. Treatment outcome of surgical and non-surgical management of endodontic failures, J Can Dent Assoc., vol.

TABELA 7 – Preferência dos entrevistados para única ou múltiplas sessões, se fossem eles submetidos ao tratamento endodôntico.

PREFERÊNCIA	ENTREVISTADOS(%)
Sempre sessão única	32 (36,78%)
sessão única para polpa viva e polpa morta sem lesão	07 (08,04%)
sessão única para polpa viva, e múltiplas sessões para polpa morta	26 (29,88%)
sempre múltiplas sessões	17 (19,55%)
considerações especiais	05 (05,75%)

63; n° 5; p.364-371, May, 1997.

- HIZATUGU, R., MIYASAKI, E., KADO, et a endodôntico em uma Sessão, in: Atualização na clínica odontológica: cursos antagonísticos/Christa Feller, Riad Gorab; São Paulo, Artes Médicas, p.102-145, 2000.
- JURCAK, J.J., BELLIZZI, R., LOUSHINE, R. J. Successful single-visit endodontics during operation desert shield, J Endod., vol 19 n° 8, p.412-13, Aug., 1993.
- KATEBZADEH, N., HUPP, J., TROPE, M. Histological periapical repair after obturation of infected root canals in dogs, J Endod., vol. 25, n° 5, p.364-8, May, 1999.
- LEONARDO, M. R., SILVA, L. A. B. Medicação tópica entre sessões, "curativo de demora" em biopulpectomia e necropulpectomia I e II, in: LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. Endodontia – tratamento dos canais radiculares, São Paulo, editora Panamericana, 1998, p.491-534.
- LEONARDO, M. R. Reparo apical e periapical pós-tratamento endodôntico – preservação, in: LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. Endodontia – tratamento dos canais radiculares, São Paulo, editora Panamericana, 1998, p.661-711.
- LEONARDO, M. R., ALMEIDA, W. A., ITO, I. Y. et al. Radiographic and microbiologic evolution of posttreatment apical and periapical repair of root canals of dogs' teeth with experimentally induced chronic lesion, Oral Surg Oral Med Oral Pathol., vol.78, n° 2, p.232-8, Aug., 1994.
- NAIR, P. N. R., SJÖGREN, U., SCHUMACHER, E., et al. Radicular cyst affecting a root-filled human tooth: a long-term post-treatment follow-up, Int Endod J., vol. 26, p.225-233, 1993.
- PAIVA, J. G., ANTONIAZZI, J. H. Endodontia – Bases para a prática clínica. Controle clínico após o tratamento endodôntico, 2ª edição, São Paulo, Artes Médicas, 1993, p.676-693.
- PUMAROLA, J., BERAESTEGUI, E., BRAU, E., et al. Antimicrobial activity of seven root canal sealers, Oral Surg Oral Med Oral Pathol., vol. 74, n° 2, p.216-220, Aug., 1992.
- RAMOS C. A. S., 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, Araraquara, 1997, 173p., Dissertação de mestrado em Endodontia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista.
- SILVEIRA, A. B. Tratamento endodôntico em sessão única: Levantamento das opiniões dos endodontistas de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, Belo Horizonte, 1983, 77 p... Dissertação de mestrado; Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia
- SIMON, J. H. Quando um bom tratamento não cura, in: DE DEUS, Q. D. Endodontia, Rio de Janeiro, Medsi, 5ª ed., 1992, p.427-435.
- SIQUEIRA JR., J. F. Tratamento das infecções endodônticas, Rio de Janeiro, Editora Medsi, 1997, p.135-144, 149-150.
- SJÖGREN, 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., vol. 30, p.297-306, 1997.
- 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., vol. 47, n° 2, p.34-41, mar./abr., 1990.
- SOUTHARD, D. W., ROONEY, T. P. Effective one-visit therapy for the acute periapical abscess, J Endod., vol. 10, n° 12, p.580-583, Dec., 1984.
- STABHOLZ, A., WALTON, R. E. Avaliação do sucesso e do insucesso, in: WALTON, R. E., TORABINEJAD, M. Princípios e prática em endodontia, São Paulo, Editora Santos, 1997, p.324-335.
- TROPE, M., DELANO, E. O., ORSTAVIK, D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: Single vs. multivisit treatment, J Endod., vol. 25, n° 5, p.345-50, May, 1999.
- YARED, G. M., DAGHER, F. E. Influence of Apical enlargement on bacterial infection during treatment of apical periodontitis, J Endod., vol. 20, n° 11, p.535-537, Nov., 1994.