

DOR PÓS-OPERATÓRIA EM DENTES COM RAREFAÇÃO ÓSSEA PERIAPICAL APÓS ÚNICA SESSÃO

NAYARA CARMO COSTA¹
MAYSA KAROLINE DE PINHO E SILVA²
PÂMELA FREITAS AGUIAR³
DEVANIR FERNANDES JUNIOR⁴
RAFAEL ALVES SCHWINGEL⁵

RESUMO

O tratamento endodôntico é realizado em várias fases, composta pela limpeza, modelagem e obturação do sistema de canais. A terapia endodôntica por muito tempo foi realizada em múltiplas sessões. Os avanços tecnológicos e o aperfeiçoamento do preparo químico-mecânico permitiram que a terapia endodôntica pudesse ser realizada em sessão única. Muitos fatores estão relacionados com o desenvolvimento da dor pós-operatória. Essa revisão de literatura baseou-se na pesquisa de trabalhos nas bases de livros disponíveis na biblioteca da faculdade Fasipe de Sinop, artigos encontrados nas fontes como *Scielo*, Google acadêmico, *Pubmed*, *ScienceDirect* e *LILACS*. O presente trabalho tem como objetivo dissertar de forma elucidativa e direta a partir de evidências científicas os achados sobre o tratamento endodôntico, em única sessão, em dentes necrosados e com rarefação periapical e a relação com a dor pós-operatória. Através dos dados encontrados neste trabalho conclui-se que o tratamento endodôntico pode ser realizado em sessão única e a dor pós-operatória esteve presente independentemente do tipo de tratamento realizado, seja ele sessão única ou múltipla.

Palavras chave: Dor pós-operatória. Sessão Única. Tratamento Endodôntico.

ABSTRACT

Endodontic treatment is performed in several phases, consisting of cleaning, modeling and filling of the canal system. Endodontic therapy has long been performed in multiple sessions. Technological advances and improvement of the chemical-mechanical preparation allowed endodontic therapy to be performed in a single session. Many factors are related to the development of postoperative pain. This review of the literature was based on the research of

¹ Acadêmico em Graduação, Curso de Odontologia, Faculdade de Sinop – FASIPE – Rua Carine, 11. Res. Florença, Sinop – MT. CEP 78550-000.

² Professora Especialista Adjunto da disciplina de Endodontia I e II, Curso de Odontologia, Faculdade de Sinop – FASIPE – Rua Carine, 11. Res. Florença, Sinop – MT. CEP 78550-000.

³ Professora Mestre Titular da disciplina de Prótese Fixa, Curso de Odontologia, Faculdade de Sinop – FASIPE – Rua Carine, 11. Res. Florença, Sinop – MT. CEP 78550-000.

⁴ Professora Mestre Titular da disciplina de Endodontia II, Curso de Odontologia, Faculdade de Sinop – FASIPE – Rua Carine, 11. Res. Florença, Sinop – MT. CEP 78550-000.

⁵ Professor Especialista Orientador e Titular da disciplina de Endodontia I, Curso de Odontologia, Faculdade de Sinop FASIPE – Rua Carine, 11. Res. Florença, Sinop – MT. CEP 78550-000. Email: raschwingel@hotmail.com

works in the bases of books available in the Fasipe library of Sinop, articles found in sources such as Scielo, Google academic, Pubmed, ScienceDirect and LILACS. The present study aims to clarify and direct from scientific evidence the findings on endodontic treatment, in a single session, in necrotic teeth and with periapical rarefaction and the relation with postoperative pain. Through the data found in this study it is concluded that endodontic treatment can be performed in a single session and postoperative pain was present regardless of the type of treatment performed, whether single or multiple.

Keywords: Post-operative pain. One session. Endodontic Treatment

INTRODUÇÃO

O tratamento de doenças infecciosas, como as lesões perirradiculares é feito através da eliminação dos microrganismos ocasionadores. A partir deste conceito, insere-se o tratamento de polpas necrosadas, ou seja, previne-se a introdução de microrganismos novamente no canal radicular e elimina-se a infecção endodôntica. Assim, a principal finalidade do profissional na prática da endodontia é prevenir ou tratar a infecção endodôntica, para que o tratamento logre êxito¹.

A terapia endodôntica pode ser realizada em uma ou múltiplas sessões. Porém, independente do número de sessões, remover completamente o tecido pulpar e proporcionar ótimas condições para a obturação de canais radiculares deve ser o objetivo primordial para a obtenção do sucesso do tratamento endodôntico².

O tratamento endodôntico realizado em sessão única teve seus primeiros relatos ainda no final do século XIX. A sessão única apresenta algumas vantagens em relação a uma ou mais sessões, como por exemplo: limita a possibilidade de recontaminação, devido à falta de selamento coronário; menor custo para o paciente e profissional; menor tempo de trabalho; manutenção da sintonia do profissional com a anatomia do canal radicular³.

No momento da obturação, o tratamento endodôntico realizado em única sessão apresenta algumas vantagens para o paciente e o profissional, como: diminuição do tempo, prevenção da contaminação, nos casos de dentes polpados ou prevenção da recontaminação de dentes despulpados que pode acontecer entre sessões do tratamento¹.

O tratamento endodôntico tem sido associado há anos com a dor dentária, tanto no pré, trans ou pós-operatório. Nesse sentido, é relevante a busca por protocolos terapêuticos que visam à ausência da dor pós-operatória. Quando a dor pós-operatória está presente isso pode gerar insegurança e questionamentos em relação às habilidades do profissional pelo paciente⁴.

O sucesso do tratamento endodôntico em sessão única pode ser adquirido se o profissional seguir os princípios fundamentais da endodontia e avaliar cuidadosamente o caso para escolher o tipo de tratamento adequado.

De acordo com as evidências científicas, não há uma diminuição no processo de reparação, nem mesmo aumento da dor pós-operatória nos casos tratados em sessão única, quando comparados com múltiplas sessões⁵. O conhecimento sobre a causa da dor pós-operatória é de extrema importância, principalmente se estiver relacionada com o número de sessões⁶. Fatores como a condição clínica do dente, considerações anatômicas e biológicas, o pós-operatório do paciente, a limpeza e desinfecção dos canais radiculares, devem ser considerados na escolha do tratamento⁶.

A técnica *crown-down* é uma maneira de prevenir a dor pós-operatória, ela preconiza início do preparo no terço cervical, médio e posteriormente apical. Assim, há uma diminuição da pressão hidrostática em direção ao ápice, conseqüentemente, evitando o extravasamento de material e restos teciduais para o periápice, o que levaria a dor pós-operatória⁷. Em relação à técnica, a única diferença entre o tratamento endodôntico em sessão única e múltiplas sessões está na utilização da medicação intracanal, sendo que o hidróxido de cálcio é citado como a medicação mais utilizada³. A abordagem de múltiplas sessões envolve a inserção de um selamento temporário, e o vedamento que ocorre é questionável. O que pode ser a razão para que ocorra a penetração de microrganismos, conseqüentemente⁷.

Atualmente, existe o interesse dos profissionais em concluir o tratamento endodôntico em sessão única. Contudo, é necessário o domínio da anatomia, avaliar a condição clínica do dente, considerações anatômicas e biológicas, a limpeza e desinfecção dos canais radiculares, para escolher entre uma ou múltiplas sessões. Assim, analisar as indicações e contraindicações deste tipo de tratamento se torna oportuno, para desvendar as verdades e mitos relacionados a esta terapia. Uma vez que, além do sucesso em longo prazo, o conforto do paciente também é de suma importância para um atendimento de qualidade.

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, que aborda seus objetivos de maneira explicativa. A revisão bibliográfica foi feita através de: livros disponíveis na biblioteca da faculdade Fasipe de Sinop; artigos encontrados nas fontes como *Scielo*, *Google Acadêmico*, *Pubmed*, *ScienceDirect* e *LILACS*. A busca de dados foi realizada nos meses de Fevereiro a Junho de 2018.

Nesse sentido, o trabalho visa elucidar de forma objetiva e direta sobre a dor pós-operatória em dentes com rarefação óssea periapical, tratados endodonticamente em sessão

única. Através de uma revisão de literatura, apresentando as indicações do tratamento endodôntico em sessão única, esclarecer o desenvolvimento da dor pós-operatória e medidas preventivas e elucidar sobre o tratamento da dor pós-operatória.

REVISÃO DE LITERATURA

Tratamento endodôntico em sessão única:

O objetivo do tratamento endodôntico é proporcionar condições ao organismo para que o mesmo possa restabelecer a normalidade dos tecidos periapicais. O tratamento endodôntico é a remoção do tecido pulpar, vivo ou morto, eliminação de eventuais invasores, que é o preparo canal e a etapa final que consiste em reocupar o espaço do canal, ou seja, obturação do canal radicular. O objetivo da obturação é proteger o sistema de canais contra invasões. As etapas operatórias do tratamento endodôntico são:

- ✓ Biossegurança (controle da infecção em endodontia – assepsia e antisepsia);
- ✓ Abertura coronária (cirurgia de acesso);
- ✓ Remoção da polpa radicular;
- ✓ Neutralização do conteúdo séptico/tóxico do canal radicular (sentido coroa/ápice sem pressão);
- ✓ Preparo químico-mecânico dos canais radiculares;
- ✓ Controle da infecção;
- ✓ Obturação do canal radicular e;
- ✓ Restauração coronária definitiva – preservação^{3,8,9}.

O número de sessões necessárias para o atendimento endodôntico ainda é discutido, principalmente quanto à efetividade dos meios de desinfecção utilizados e, conseqüentemente, sua influência nos resultados clínicos obtidos. A capacidade de esterilizar todo o sistema de canais radiculares não é atingida com nenhuma técnica de tratamento endodôntico. Pois, o termo esterilização, significa a eliminação completa de todos os microrganismos. Mas, através das técnicas consegue-se a desinfecção dos canais radiculares, ou seja, a maioria dos microrganismos patogênicos é eliminada. Após a obturação do canal acredita-se que grande parte das bactérias armazenadas dentro das ramificações, istmos e túbulos dentinários acabe morrendo. Ainda que elas sobrevivam, a patogenicidade na qual elas possuem é insuficiente para provocar ou aumentar uma periodontite apical, fator que impediria a reparação³.

O tratamento endodôntico tem sido modificado quanto ao número de sessões de atendimento no decorrer da história. Pode-se afirmar que o tratamento endodôntico de grande parte das doenças endodônticas podem ser realizados em sessão única, de acordo com os conhecimentos atuais na área de Microbiologia e Imunologia. Ao longo da história o tratamento endodôntico em polpas com vitalidade eram realizados com a troca de medicação intracanal, mantendo um limite de instrumentação de até 3 mm do ápice radiográfico. Pois, acreditava-se que a reparação apical seria dificultada sem o coto pulpar ou, simplesmente, não aconteceria. Atualmente, sabe-se que devido o intenso metabolismo, a região periapical possui uma capacidade de reparação muito maior que o tecido pulpar. Assim, a indicação de tratamento endodôntico em sessão única é unânime em casos de dentes com polpas vitais, devido ao risco de contaminação entre sessões ser evitado. Embora, para dentes infeccionados o tratamento endodôntico em sessão única ainda gere discussão. A falta de tempo pode dificultar o tratamento, impossibilitando o término em sessão única, por exemplo, no domínio completo da anatomia interna do dente em canais atrésicos, canais calcificados e com curvaturas acentuadas³.

Com o objetivo de esclarecer qual a melhor opção quanto ao número de sessões para o tratamento de dentes com necrose pulpar, levando em consideração o tempo, a dor pós-operatória e as condições biológicas e microbiológicas envolvidas os autores realizaram uma revisão da literatura onde concluíram que sempre que possível pode ser realizado tratamento em sessão única ou múltipla em dentes com necrose pulpar com ou sem lesão periapical. A habilidade do profissional, o tempo disponível para realizar o tratamento e a técnica utilizada é o que influenciará no número de sessões. Quando comparada com os casos realizados em sessão múltipla a dor pós-operatória não tem diferença. O sucesso clínico pode ser considerado através da ausência de sintomatologia e reparação perirradicular. A qualidade do preparo, o selamento tridimensional dos canais radiculares e a restauração imediata estão relacionados com o sucesso ou insucesso do tratamento. O percentual de biofilmes bacterianos capazes de manter uma infecção na região periapical depois de apropriado tratamento é pouco representativo. É possível obter a reparação apical, por meio da desinfecção do sistema de canais radiculares através da instrumentação e adequada irrigação, não havendo a necessidade de utilizar medicação intracanal. O tratamento endodôntico em sessão única torna-se viável, em dentes com necrose pulpar, desde que haja domínio da anatomia, tempo clínico para realizar adequadamente os procedimentos necessários. Graças à

evolução da endodontia pode-se obter sucesso nos casos de tratamento endodôntico em sessão única em dentes com necrose pulpar com ou sem lesão periapical⁵.

Através do preparo químico-mecânico remove-se a causa da doença, dando ao organismo condições de reparação, ou seja, a capacidade de reparar a lesão é apenas das células e moléculas do hospedeiro e não do curativo intracanal. Em casos de periodontite aguda, que eram contraindicados, podem ser realizados em sessão única, desde que se consiga a completa secagem do canal radicular, para que a obturação seja realizada com sucesso. Pode ser ocasionada dor devido o exsudato e pus que podem pressionar as terminações nervosas locais. Assim, realiza-se a ampliação do forame para diminuir a pressão no periápice, que, conseqüentemente, aliviará a dor. Após o preparo químico-mecânico e depois de controlada a infecção, sem a formação de pus e edema, o canal pode ser fechado. Ao contrário, se a drenagem persistir impossibilitando a secagem do canal radicular, deve-se colocar um medicamento intracanal para esperar até outra sessão, onde o dente apresente condições para a obturação, ou seja, ausência de exsudato³.

A obturação do canal radicular compreende a substituição do conteúdo do canal por um material que realize um selamento hermético, inerte ou antisséptico, no qual promova a reparação periapical e apical. Conseqüentemente, uma obturação hermética do canal radicular representa o sucesso de todas as etapas anteriores do tratamento endodôntico⁸.

Desenvolvimento da dor após o tratamento endodôntico e medidas preventivas:

A resposta inflamatória ocorre de acordo com a injúria, ou seja, quanto maior for esta, maior será a inflamação, devido à atuação de mediadores químicos, que levam à ocorrência de dor. A permeabilidade vascular é alterada por mediadores químicos, como a histamina, leucotrienos e prostaglandina, que provocam edema³.

A reparação não é uniforme em todos os casos, o tempo que leva para ocorrer a reparação necessária, pode variar de seis meses a cinco anos, o que depende de alguns fatores como: o grau de irritação relacionado com o tipo de tratamento realizado; as condições de cada indivíduo; a anatomopatologia de cada lesão⁵.

Através de estudos longitudinais, por meio de uma revisão sistemática quantitativa, feita a partir de 1966 até 2007, com o objetivo de avaliar a presença de dor após o tratamento endodôntico em dentes com infecções primárias, verificou-se que a média de ausência de dor pós-operatória em infecções endodônticas primárias foi de 88%, considerando os trabalhos que satisfizeram aos critérios de inclusão¹⁰.

Com o objetivo de debater e expor os fatores associados à *flare-ups* endodônticos e sua incidência, com base em evidências científicas, estudiosos pesquisaram, através de uma bibliografia exploratória de caráter descritivo nas bases de dados eletrônicas: *Public Medline (PubMed)* e Google Acadêmico e os resultados mostraram que houve uma variação entre 1,7 a 16% da incidência de *flare-ups* endodônticos para os casos de lesão periapical. Quanto à manifestação de *flare-up* no tratamento endodôntico, relacionadas ao número de sessões, à idade e gênero do paciente, medicação intracanal, soluções irrigadoras e técnicas de instrumentação há ainda algumas controvérsias. Contudo, para estimar-se a influência desses fatores no desenvolvimento de *flare-ups* endodônticos é indispensável e importante realizar-se estudos com metodologias adequadas¹¹.

Por meio de uma abordagem de revisão sistemática de pesquisa bibliográfica eletrônica entre 1990 e 2016, com o objetivo de verificar sobre o efeito e os fatores relacionados do tratamento endodôntico em relação à dor pós-operatória. Contudo, também avaliariam os efeitos dos avanços recentes para o controle da dor pós-operatória. Com base no estudo realizado, os autores concluíram que a dor pós-operatória pode ocorrer após um tratamento ideal do canal radicular, comumente varia de leve a moderada. A incidência de dor pós-operatória no tratamento endodôntico tem reduzido com os avanços da endodontia. É considerado um indicador de excelência clínica, quando o profissional consegue o manejo efeito da dor pós-operatória, melhorando a satisfação do paciente. Porém, se torna necessário pesquisar para compreender os mecanismos de alívio da dor quando associados a drogas e terapia, e conseqüentemente, entender a fisiologia da dor¹².

A dor pós-operatória de dentes tratados endodonticamente foi avaliada através de prontuários de pacientes, no qual o tratamento endodôntico foi realizado por alunos da especialização do Curso de Endodontia da Faculdade Meridional – IMED/CEOM, de Passo Fundo. Esses alunos, sem levar em consideração a condição pulpar, o número de sessões ou técnica utilizada, realizaram uma pesquisa quantitativa do tipo comparativo, no qual foram avaliados 302 prontuários de reconsulta de janeiro de 2010 até junho de 2013, Os autores concluíram que, do total de 302 prontuários coletados, em 209 prontuários (69,20%) a sintomatologia estava ausente. Embora, 93 pacientes tiveram dor pós-operatória, desses 82,8% (77 pacientes) apresentaram uma intensidade tolerável da dor e, 17,2% (16 pacientes) apresentaram uma intensidade insuportável. Dos 47 tratamentos endodônticos em polpa viva pôde ser notado que 35 (74,47%) do pacientes relataram dor pós-operatória tolerável e 12 (25,53%) insuportável. Já em necrose pulpar, dos 46 casos, 42 (91,30%) relataram que a dor

foi tolerável e 4 (8,70%) insuportável. Constatou-se que a dor referida como insuportável, quando presente, esteve associada à polpa viva e necrose pulpar. Porém, nos casos de polpa viva o índice de dor pós-operatória referida como insuportável foi maior⁶.

Uma revisão sistemática, a partir de estudos longitudinais, desde 1966 até 20 de Fevereiro de 2010, foi realizada com o objetivo de investigar a presença de dor pós-operatória em dentes com infecção que foram obturados em sessão única e sessões múltiplas (após o uso de hidróxido de cálcio como medicação intracanal). Com base na análise dos trabalhos selecionados conclui-se, que nos casos que foi utilizado a medicação intracanal hidróxido de cálcio os pacientes apresentaram uma taxa menor da dor pós-operatória. Já, nos casos onde havia a dor prévia, ou seja, dentes sintomáticos, estes apresentaram um índice maior no desconforto pós-operatório, independentemente do tipo de tratamento realizado, seja ele sessão única ou múltipla⁴.

Com base na pesquisa de trabalhos, nos arquivos de dados da *PubMed*, *Science Direct*, *Scopus*, *Scielo* e *Medline*, os autores verificaram sobre a dor pós-operatória e o percentual de reparação após o tratamento endodôntico que foram realizados em única e múltiplas sessões. Os autores concluíram que o sucesso e fracasso são determinados por um acompanhamento em longo prazo, e não apenas pela ausência ou presença de dor pós-operatória em um curto prazo. Tanto na abordagem de sessão única, quanto em múltiplas sessões, mostraram-se semelhantes⁷.

Para identificar os fatores de risco que podem estar associados com a ocorrência de dor após o tratamento inicial e retratamentos em pacientes que foram tratados endodonticamente, foi realizado um estudo clínico prospectivo a partir de junho 2006 a junho de 2007 na clínica de endodontia do São Associação Paulista de Odontologia (APCD), Jardim Paulista filial, São Paulo, Brasil. Um total de 266 pacientes foi atendido, totalizando 408 dentes tratados. Através dos resultados obtidos, indicaram que em relação a fatores como: idade, gênero, dentes maxilares ou mandibulares, número de visitas para realizar o tratamento, medicação pré-operatória, desempenho do tratamento inicial ou retratamentos, se manteve a patência apical, não houve estatisticamente diferenças significativas na incidência de *flare-ups*. Porém, sete dentes precisaram de atendimento emergencial, gerando uma taxa de *flare-up* de 1,71%. A ocorrência de crises de dor foi relacionada positivamente com a condição perirradicular. Onde 3,04% emergências foi de responsabilidade da ocorrência de um quadro perirradicular, ou seja, uma rarefação perirradicular. O presente estudo mostra que durante o tratamento endodôntico a incidência de dor pós-operatória foi baixa. Sendo necessárias outras

pesquisas, analisando possíveis relações entre culturas e outros fatores subjetivos, por um lado e fatores mais objetivos, por outro¹³.

A dor pós-operatória foi avaliada *in vivo* em dentes vitais após o alargamento do forame apical, com o objetivo de ponderar a dor após a realização do tratamento endodôntico em dentes vitais com e sem ampliação foraminal. Trata-se de uma pesquisa onde foram selecionados aleatoriamente quarenta pacientes com dentes vitais, uni ou birradicular, na qual havia necessidade de tratamento endodôntico, esses pacientes são do setor de emergência e do sistema de informação acadêmica da clínica de odontologia da instituição. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo I (experimental) e Grupo II (de controle). No Grupo I foi realizada a ampliação foraminal com comprimento de trabalho de 1 a 2 mm aquém, ou seja, abaixo do forame, até a lima #30. No Grupo II, realizou-se a manutenção do remanescente pulpar, trabalhando com o comprimento de trabalho de 1 a 2 mm aquém do ápice. Os tratamentos foram realizados em sessão única em todos os dentes, juntamente com o localizador apical, utilização de EDTA a 17%, solução irrigadora hipoclorito de sódio. A obturação foi realizada através da técnica de condensação lateral, utilizando-se do cimento à base de óxido de zinco e eugenol e o selamento temporário foi realizado com um material restaurador provisório. A dor foi avaliada em um período de 24 e 48 horas após o término do tratamento endodôntico. Através dos resultados obtidos concluiu-se que, em relação à dor entre o grupo experimental e o grupo de controle, não houve diferenças¹⁴.

Alguns autores investigaram a relação entre a intensidade da dor pré-operatória e sua influência na prevalência da dor pós-operatória, levando em consideração o tipo de dente, arco dentário, vitalidade pulpar e o gênero do paciente. Trata-se de um estudo prospectivo realizado em pacientes que foram agendados para realizar tratamento endodôntico no Restaurador Departamento de Odontologia e Endodontia da Universitat Internacional de Catalunya (Sant Cugat del Vallés, Barcelona, Espanha). Com base nos resultados obtidos, os autores concluíram que os níveis mais elevados de intensidade de dor foram associados a maior intensidade da dor pré-operatória em mulheres e nos molares mandibulares. Entretanto, em relação à vitalidade pulpar, não houve diferenças na dor pré-operatória e nem afetou a intensidade de dor pós-operatória. Contudo, pode-se concluir que a variável que mais influencia a dor pós-operatória é a presença de dor pré-operatória. No entanto, a presença de dor pré-operatória pode ajudar o profissional a informar o paciente sobre a necessidade de analgésicos devido à dor pós-operatória.

Um estudo foi realizado com o objetivo de observar a presença de dor pós-operatória em dentes tratados endodonticamente com limpeza de forame. Para este estudo foi utilizado um total de 58 dentes com polpa necrosada e um único canal radicular, independente de serem incisivos, caninos ou pré-molares. Com base neste estudo obteve-se os seguintes resultados: dos 58 canais tratados, apenas 3 apresentaram sintomatologia, no qual era de intensidade moderada, e 54 não apresentou nenhum tipo de sintomatologia. Dos 3 casos onde houveram dor, dois apresentavam quadro álgico antes do tratamento e os pacientes relataram o seu desaparecimento no mesmo dia. Já, no terceiro caso, a dor desapareceu no mesmo dia, com o uso de analgésico. Houve somente um caso de dor intensa, onde o paciente necessitou utilizar antibiótico e anti-inflamatório. Os autores concluíram que a limpeza do forame não gerou dor pós-operatória na grande maioria dos casos, ou seja, em 93,1%. Apenas em 5,2 %, ou seja, em três casos foi observada a presença de dor de intensidade moderada. Apenas um caso, equivalente a 1,7% a presença de dor foi intensa¹⁶.

Através de uma análise crítica da literatura, realizou-se um estudo com o objetivo de debater sobre a influência de estratégias de sanificação do canal radicular no sucesso do tratamento da periodontite apical. Concluiu-se que o sucesso endodôntico é favorecido com a utilização de um protocolo terapêutico que contempla o rigor no processo de sanificação de canais com periodontite apical¹⁷.

Avaliar o desenvolvimento de dor pós-operatória em dentes despolpados em sessão única e o sucesso em longo prazo do tratamento, são fatores de extrema relevância e que devem ser levados em consideração¹.

Tratamento da dor pós-operatória:

Após concluir o tratamento de canal o tecido perirradicular começa-se um processo de cicatrização que pode ser medida por mediadores químicos de dor ou pode acontecer sem a presença desses. O conforto pós-operatório é um fator importante para a avaliação do profissional. Dessa forma, o tratamento da dor pós-operatória torna-se relevante. O tratamento da dor pós-operatória pode ser realizada através de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos. Nos casos de pulpite irreversível não é indicado à prescrição de antibiótico via sistêmica, por se tratar de polpa vital alterada por inflamação, onde não há infecção periapical. Em decorrência do nível de inflamação pulpar os analgésicos e anti-inflamatórios sistêmicos ainda podem surtir algum efeito sob a sintomatologia proporcionada e suprimento vascular presentes. Quando há casos de necrose pulpar, sem envolvimento periapical, o tratamento

endodôntico, pode ser uma medida eficaz para combater o quadro patológico e aliviar a dor. Lembrando que o fármaco administrado é impedido de chegar dentro do dente, na polpa necrosada, decorrente da total falta de suprimento sanguíneo, não ocorrendo, portanto, o efeito antimicrobiano da medicação sistêmica no interior do canal radicular, mas sim, no periápice. Dessa forma, recomenda-se o uso de analgésico/anti-inflamatório por um período de 24 a 48 horas nos casos de necrose pulpar com envolvimento periapical para combater o quadro doloroso. Em pericementite aguda de origem bacteriana, geralmente não ocorre dor pós-operatória, uma vez que o tratamento endodôntico foi iniciado é o suficiente. Contudo, se houver dor pós-operatória o antibiótico será indicado. Embora, nos casos de paciente de risco para a endocardite infecciosa deve ser aberta uma exceção. A terapia antibiótica sistêmica somente deve ser considerada nos casos de necrose pulpar sem ou com envolvimento periapical quando a infecção está localizada fora do canal radicular e o paciente apresentarem sinais e sintomas de disseminação do processo infeccioso como febre, celulite, trismo ou mal estar¹⁸.

Baseado na condição pulpar, na patologia periapical, nas etapas do tratamento no qual foi iniciado, realiza-se a escolha da medicação sistêmica. Torna-se imperativo o uso de medicação sistêmica, além do tratamento local, nos casos de dores agudas, onde o paciente dificulta a abordagem clínica, devido o seu desespero¹⁹.

Lembrando que algumas etapas clínicas, quando não perfeitamente executadas, podem gerar dor pós-operatória intensa. Como por exemplo, injeção acidental com hipoclorito de sódio (NaOCl). O paciente que tiver um acidente com hipoclorito apresentará alguns sinais e sintomas, como: dor severa imediata durante 2 a 6 minutos; edema imediato em tecidos moles adjacentes; o edema pode atingir uma extensão maior na face, como lábios, região periorbital ou bochechas; dor severa no início, sendo substituída por um desconforto ou dormência; sentir o sabor ou cheiro de cloro; equimoses na mucosa ou pele e pode ter hemorragia intracanal. Após identificar um acidente com NaOCl, deve-se permanecer calmo e informar o paciente sobre essa complicação e sua causa. Para diminuir a irritação dos tecidos moles, deve-se irrigar imediatamente com solução salina sem pressão. Deve-se recomendar compressas geladas durante 24 horas, com intervalos de 15 minutos, para aliviar o inchaço. As compressas quentes são realizadas após 24 horas. O controle da dor é realizado através de analgésicos narcóticos à base de acetaminofeno, se não for contraindicado ao paciente, por 3 a 7 dias. Para diminuir a quantidade de sangramento nos tecidos moles, deve ser evitado o anti-inflamatório do tipo AINE. Para evitar infecção secundária, aplica-se a antibioticoterapia

durante 7 a 10 dias é indicado. O uso de esteroides, como metilprednisolona, durante 2 a 3 dias é indicado para controle da inflamação. É necessário manter o contato diário com o paciente para monitorar sua recuperação e o controle da dor²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia endodôntica realizada em sessão única apresenta algumas vantagens, quando comparado à terapia de múltiplas sessões, por exemplo, diminuição do tempo de trabalho, prevenção de contaminação em dentes polpados e prevenção da recontaminação de dentes despolpados, menor custo para o profissional e paciente, manutenção da sintonia do profissional com a anatomia do canal radicular.

Baseando-se nas análises dos trabalhos selecionados, parece lícito concluir que o tratamento endodôntico em sessão única é viável quando o profissional possui domínio da anatomia e tempo clínico suficiente para realizar o procedimento. Em relação à dor pós-operatória, a mesma esteve presente, independentemente do tipo de tratamento realizado, seja ele sessão única ou múltipla, nos casos onde havia a dor prévia, ou seja, a presença de dor pré-operatória é um indicativo para o uso de analgésicos para prevenir a dor pós-operatória, devido que a variável que mais influencia a dor pós-operatória é a presença de dor pré-operatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SIQUEIRA JR JF, ISABELA NR, HÉLIO PL, FLÁVIO RFA, JULIO CMO, LUCIANA A, et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8-14, jan./jun. 2012.
2. MARQUES, ACR. Endodontia: sessão única versus múltiplas sessões. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2014 .
3. HIZATUGU R, KADO E, MENEGHINE G, MIYASAKI E, OKINO NETO K, OTANI A, et al. Endodontia em sessão única - 2.ed. - São Paulo : Santos, 2012.
4. ROSSO CB, PEREIRA KFS, BORETTI VH, ARASHIRO FN, GUERISOLI DMZ, YOSHINARI GH – Dor Pós Operatória em Dentes com Infecções após Única ou Múltiplas Sessões – Revisão Sistemática. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 12(1):143-148, jan./mar., 2012.

5. SILVA MLG, DANTAS W, CREPALDI MV, SIMÃO TM. Necrose pulpar: tratamento em sessão única ou múltipla? Revista FAIPE, v. 3, n. 1, 2013.
6. WASKIEWICZ AL, BALDISSARELLI F, VANNI JR, HARTMANN MSM, FORNARI VJ. Avaliação da Dor Pós-Operatória em Dentes Tratados Endodonticamente. J Oral Invest, 2 (1): 43-48, 2013.
7. ENDO MS, SANTOS ACL, PAVAN AJ, QUEIROZ AF, PAVAN NNO. Endodontia em sessão única ou múltipla: revisão de literatura. RFO, Passo Fundo, v.20, n.3, p.408-413, set./dez. 2015.
8. LEONARDO MR. Etapas operatórias do tratamento do sistema de canais radiculares. In: LEONARDO MR, LEONARDO RT. Tratamento de canais radiculares: avanços técnicos e biológicos de uma endodontia minimamente invasiva em nível apical e periapical. – 2. Ed. – São Paulo : Artes Médicas, 2017.
9. SOUZA RA. Análise crítica do papel da obturação no tratamento endodôntico. JBE – Jornal Brasileiro de Endodontia 2006; 6(23): 29-39.
10. ESTRELA C, GUEDES AO, BRUGNERA JUNIOR A, ESTRELA CRA, PÉCORA JD. Dor pós-operatória em dentes com infecções. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 353-359, out./dez. 2008.
11. FONTENELE JWN, CASTRO IPD, PEDROSA MS, FONTENELE MNB, POMPEU JGF, DELBONI MG. Incidência e fatores associados à flare-ups em endodontia: revisão de literatura. SALUSVITA, Bauru, v. 35, n. 4, p. 547-561, 2016.
12. MOTHANNA, K. ALRAHABI, PhD. Predictors, prevention, and management of postoperative pain associated with nonsurgical root canal treatment: A systematic review. Journal of Taibah University Medical Sciences (2017) 12(5), 376e384.
13. ALVES VO. Endodontic flare-ups: a prospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Nov;110(5):e68-72.
14. GURGEL-FILHO ED, CASTELO-BRANCO YN, MANIGLIA-FERREIRA C, SOUZA-FILHO FJ, COUTINHO-FILHO T. Avaliação in vivo da dor pós-operatória em dentes vitais após o alargamento do forame apical. RFO, Passo Fundo, v.15, n.2, p.145-149, Maio/Ago.2010.
15. ALI A, OLIVEIRA JG, DURAN-SINDREU F, ABELLA F, ROIG M, GARCIA-FONT M. Influence of preoperative pain intensity on postoperative pain after root canal treatment: a prospective clinical study. J Dent. 2016 Feb;45:39-42.
16. SOUZA RA. Limpeza de forame e sua relação com a dor pós-operatória. JBE – Jornal Brasileiro de Endo/Perio – Out/Nov/Dez – 2000 – Ano 1 – n^o3.
17. ESTRELA C, LENCAR AHG, DECURSIO DA, BORGES AH, GUEDES AO, ESTRELA CRA. Influência de estratégias de sanificação no sucesso do tratamento da periodontite apical. Rev Odontol Bras Central 2012; 21(56).

18. SOUZA ELR, TORINO GG, MARTINS GB. Uso de antibióticos sistêmicos. In: SOUZA, E. L. R. de; TORINO, G. G.; MARTINS, G. B. Antibióticos em endodontia: por que, como e quando usá-los. 1. ed. São Paulo: Santos, 2014.
19. LUCAS MR, Lucas RA, Brea HAL. Frare up ou osteonecrose? Qual é o diagnóstico? REBOMI – Dez/Jan - 2011 - Ano 28 - N^o1 e 2.
20. BITHER R, BITHER S. Accidental extrusion of sodium hypochlorite during endodontic treatment: A case report. Journal of Dentistry and Oral Hygiene. Vol. 5(3), pp.21-24, March 2013.