

INCIDÊNCIA DE DOR EM DENTES PORTADORES DE POLPA MORTA

INCIDENCE OF PAIN IN TEETH WITH DEAD PULP

Ivana Oliveira BARBOSA

Aluna de Graduação do curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: ivanaoliveirab@hotmail.com

Rosana Maria Coelho TRAVASSOS

Doutora em Endodontia e Docente da Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: rosana.travassos@upe.br

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a incidência da dor pós-operatória em polpas mortas com ou sem lesão periapical, após o preparo do sistema de canais radiculares através de uma escala analógica visual adaptada onde os participantes classificaram a dor em 4 categorias: 0- ausência de dor; 1- dor leve; 2- dor moderada; 3- dor severa, nos períodos de 4, 8, 12, 24 e 48 horas, após preparo do sistema de canais radiculares. Os resultados mostraram que a dor obteve percentual mais elevado em dentes portadores de lesão periapical sendo mais frequente nas primeiras 8 horas após realizado o preparo biomecânico e medicação intracanal (hidróxido de cálcio). Sendo 38,1% nas primeiras 4 horas e 23,8% após 8 horas, e no grupo sem lesão periapical existiu dor apenas no período de 4 horas (10,5%). Conclui-se que a prevalência de dor após preparo biomecânico e medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio foi baixa, sendo maior em canais radiculares portadores de lesão periapical.

Palavras- chave: Dor. Hidróxido de Cálcio. Polpa Dentária.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the incidence of postoperative pain in pulps deceased with or without periapical lesion, after the preparation of the system of root canals through an adapted visual analogical scale where the participants had classified pain in 4 categories: 0 - pain absence; 1 - light pain; 2 - moderate pain; 3 - severe pain, in the periods of 4, 8, 12, 24 and 48 hours, after preparation of the system of root canals. The results had shown that pain got higher percentage in carrying teeth of periapical lesion being more frequent in first the 8 hours after carried through the biomechanic preparation and intracanal medication (calcium hydroxide). Being 38.1% in first 4 hours and 23.8% after 8 hours, and in the group without periapical lesion existed pain only in the period of 4 hours (10.5%). It is concluded that the prevalence of pain after biomechanic preparation and intracanal medication based on calcium hydroxide was low, being bigger in root canals carrying of periapical lesion.

Keyword: Pain. Calcium Hydroxide. Dental Pulp.

56



INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma injúria tecidual ou outro tipo de injúria. Pode-se dizer que ela é fundamental para a espécie humana devido ao seu caráter defensivo, atuando como um sinal de aviso de lesão iminente ou real de algum órgão ou tecido. No entanto, como o homem não se adapta a essa sensação, muitas vezes ela se torna extremamente incômoda, necessitando de controle por meio do uso de medicações específicas.

A explicação atual mais aceita para os mecanismos de dor inflamatória aguda é que ela resulta da ação de mediadores químicos endógenos, liberados pelos tecidos lesados ou inflamados que estimulam ou sensibilizam as terminações nervosas livres. São várias as substâncias químicas que participam desse processo, constituindo um coquetel de mediadores. Os estímulos de ordem física ativam diretamente os receptores da dor por um processo bioquímico que envolve a entrada de sódio no interior destes, provocando a dor aguda de caráter inflamatório. Pode-se sugerir, então, que a dor é quase sempre diretamente proporcional ao grau de estimulação das terminações nervosas livres do local. Em outras palavras, isso quer dizer que nos procedimentos endodônticos bem como nos odontológicos, de modo geral, quanto maior for o grau de traumatismo tecidual, maior será a intensidade de dor no período trans ou pós-operatório (FERREIRA, LIMA, 2002).

A dor de origem pulpar pode ser resultado da estimulação de dois tipos de fibras nervosas sensoriais, oriunda do gânglio trigeminal: as fibras A- δ e as do tipo C. As fibras nervosas A- δ são mielínicas, com velocidade rápida e possuem um baixo limiar de excitabilidade. Ao deixarem o plexo nervoso de Rashkow, localizado abaixo da zona rica em células da polpa, estas fibras perdem sua bainha de mielina, apresentando-se como terminações nervosas livres na camada odontoblástica e na porção pulpar da dentina. Quando a dor é esta natureza, o problema é usualmente solucionado sem necessidade de tratamento endodôntico. As fibras C são amielínicas, com elevado limiar de excitabilidade. Elas são responsáveis pela dor severa, contínua, excruciante, espontânea, fastidiosa e, às vezes, difusa, própria da pulpite irreversível sintomática. Nestes casos, há necessidade de intervenção endodôntica para o alívio da sintomatologia (LOPES; SIQUEIRA Jr., 2004).

A endodontia é uma das especialidades odontológicas mais intimamente ligadas à dor. O paciente poderá apresentar desconforto antes, durante ou após tratamento endodôntico. Deste modo, o controle da dor passa a constituir um importante fator no tratamento do sistema de canais radiculares. Aproximadamente um terço dos pacientes submetidos ao tratamento endodôntico experimentam algum grau de sensibilidade dolorosa. Essa dor geralmente é atribuída ao processo inflamatório no ligamento periodontal secundariamente aos fatores: instrumentação, extrusão de medicamentos e debris apicalmente e trauma oclusal (DECNOP et al., 2004).

Todo tratamento endodôntico potencialmente pode gerar dor pós-operatória, seja em decorrência de extrusão de medicamentos, irrigação, obturação ou instrumentação dos canais radiculares. Alguns autores revelam que a dor severa entre consultas é muito frequente, podendo perdurar por algumas horas ou alguns dias em função da intensidade do dano gerado ao tecido

periapical e da natureza do agente agressor. Portanto o controle da dor pós-operatória passa a constituir um importante fator nos tratamentos endodônticos. O presente estudo avaliará o hidróxido de cálcio como medicação intracanal por apresentar mecanismos de atividades eficientes como ação anti-inflamatória e antimicrobiana na prevenção da dor pós-operatória em dentes portadores de canais radiculares com polpa morta submetidos a tratamento endodôntico radical.

Este trabalho tem como finalidade verificar a prevalência de dor após preparo do sistema de canais radiculares e medicação intracanal (hidróxido de cálcio) em dentes portadores de polpa morta com e sem lesão periapical.

METODOLOGIA

AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram selecionados 40 pacientes da clínica de especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, submetidos ao tratamento endodôntico radical de dentes portadores de polpa morta com ou sem lesão periapical visível radiograficamente, de ambos os sexos, com faixa etária entre 15 e 60 anos. A seleção dos pacientes constou dos seguintes passos: 1) anamnese, 2) exame clínico extra e intrabucal, 3) testes de sensibilidade pulpar e 4) avaliação radiográfica periapical. Clinicamente, todos os pacientes estavam assintomáticos, as coroas dentárias apresentavam favoráveis condições ao isolamento absoluto e ulterior retenção de adequada restauração coronária. Serão excluídos do estudo: 1) elementos dentários com doença periodontal avançada ou lesão combinada endoperiodontal; 2) pacientes usuários de medicamentos analgésicos/anti-inflamatórios, antibióticos ou imunossupressores, 3) casos de retratamentos endodônticos e 4) pacientes com dente com polpa viva, com rizogênese incompleta e crianças.

Dentre as informações prestadas aos pacientes, relatou-se a possibilidade de dor pós-operatória os quais serão orientados a informar sobre o seu início, bem como a duração dela após imediato enfoque terapêutico. Com relação à sua intensidade, a dor será classificada em quatro níveis, em função do que se instituirá um protocolo: Os pacientes receberão um formulário contendo uma escala vinculada cada período, nos quais os níveis de dor serão marcados, bem como, assinarão o consentimento livre e esclarecido concordando em participar da presente pesquisa. Na escala de graduação da dor do formulário entregue ao paciente, foi utilizado como parâmetro a avaliação comportamental do paciente através da Escala Comportamental (EC). Ao comportamento algico atribuiu-se uma nota, questionando-se diretamente ao paciente sua lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária, uma vez que a realidade específica da população selecionada apresenta alto índice de analfabetismo, fazendo com que formas simples de avaliação da dor, como graduar sua intensidade, tornar-se-ia um verdadeiro martírio para o paciente e o examinador, preferindo-se adaptar a Escala comportamental alterando algumas palavras e substituindo-as por outras. Essas alterações provavelmente foram mais aceitas e compreendidas pelos pacientes atendidos na referida clínica, como mostra abaixo:

- 0- Ausência de dor.
- 1- Dor leve havendo período em que é esquecida.
- 2- Dor moderada, a dor não é esquecida, mas não atrapalha as atividades da vida diária.
- 3- Dor severa, a dor não é esquecida e atrapalha as atividades da vida diária.

	HORA/DATA	 0	 1	 2	 3
Após 4 horas					
Após 8 horas					
Após 12 horas					
Após 24 horas					
Após 48 horas					

Os pacientes registraram a dor pós-operatória nos intervalos de 4, 8, 12, 24 e 48 horas avaliando como ausência de dor, dor leve, dor moderada e dor severa, esses foram orientados a não usar medicação analgésica no pós-operatório de 48 horas, exceto no caso de dor importante, considerada como grau 4 e 5 no primeiro dia de pós-operatório ou grau maior que 3 no dia seguinte. O analgésico prescrito foi o diclofenaco sódico, uma drágea, de seis em seis horas, no máximo de quatro doses/dia. O número de doses deste analgésico constou na ficha de avaliação e, no caso de necessidade de seu uso, precedendo seis horas da avaliação da dor (ou seja, seis horas antes do período entre 19 e 21 horas) não foi utilizado qualquer tipo de analgésico, a fim de evitar interferência do efeito terapêutico na real intensidade da dor. Sete dias após a última consulta, os pacientes retornaram à Universidade, apresentando a ficha de avaliação, exceção àqueles pacientes que a medicação prescrita não eliminou a dor, uma vez que nesses casos, o paciente foi orientado a procurar o profissional para aliviar a dor por meio de outra intervenção endodôntica: consulta de urgência.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram compilados, tabulados e analisados de forma prospectiva, para comparação entre os grupos: polpa morta sem lesão X polpa morta com lesão periapical visível radiograficamente, através de testes estatísticos. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais e as estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo e máximo (Técnicas de estatística descritiva) e utilizados os testes: Exato de Fisher e Mann-Whitney. Destaca-se que a escolha do teste Exato de Fisher foi devido a não verificação das exigências para a utilização do teste

Qui-quadrado de Pearson e a escolha do teste de Mann-Whitney em vez do teste t-Student foi devido ao tipo de dados, entretanto as conclusões obtidas seriam equivalentes com a utilização do teste t-Student.

Os dados foram digitados na planilha Excel e o “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi SAS (Statistical Analysis System) na versão 8.0. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0%.

RESULTADOS

Dos 40 dentes analisados, 21 (52,5%) tinham lesão e 19 (47,5%) não tinham lesão conforme se ilustra no Gráfico 1.

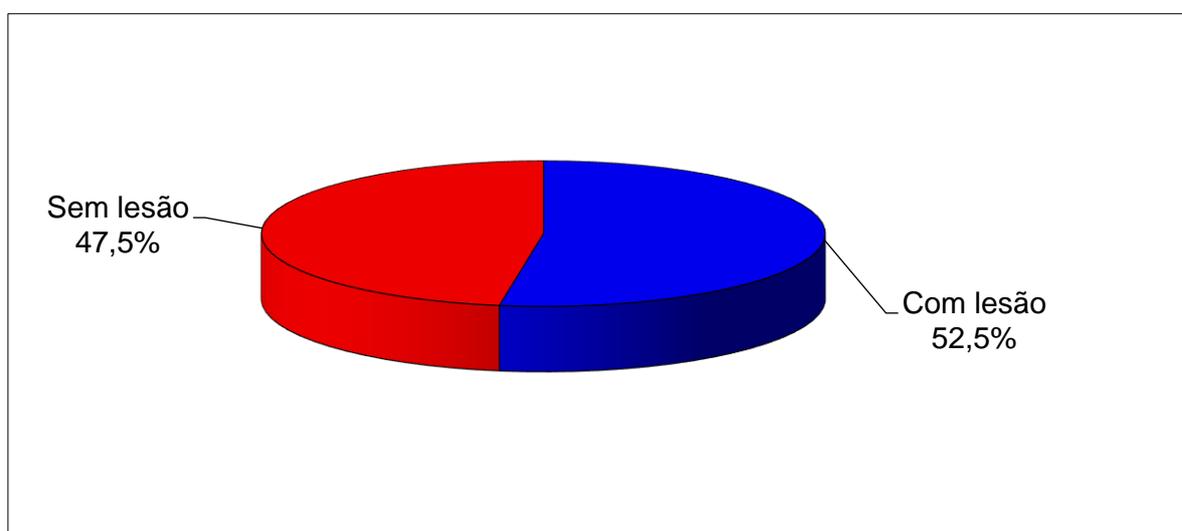


Gráfico 1 – Distribuição dos casos analisados segundo a ocorrência ou não de lesão

Na Tabela 1 mostrada a seguir, apresenta-se a avaliação do grau (índice) da dor segundo a presença ou ausência de lesão em cada um dos tempos de avaliação. Desta tabela destaca-se que: em cada avaliação a maioria dos pacientes tinha ausência de dor (grau 0); na avaliação com 4 horas o percentual sem dor foi 75,0%, com 8 horas foi 87,5%, com 12 horas foi 97,5% e com 24 e com 48 horas nenhum paciente apresentava dor; na avaliação de 4 horas o percentual de pacientes sem dor foi mais elevado entre os pacientes sem lesão do que entre os que não tinham lesão (89,5% x 61,9%); a partir da avaliação com 8 horas, todos os pacientes do grupo sem lesão foram considerados sem dor; na avaliação com 8 horas 76,2% dos pacientes não apresentava dor enquanto que com 12 horas apenas um paciente apresentava dor. Para nenhuma avaliação se comprova diferença significativa entre os pacientes com e sem lesão em relação ao grau da avaliação da dor.

Tabela 1 – Avaliação do grau (índice) da dor segundo a ocorrência ou não de lesão e o tempo de avaliação

Tempo de avaliação	Grau da avaliação da dor	Lesão				Grupo total		Valor de p
		Sim		Não		n	%	
		N	%	N	%			
4 horas	0	13	61,9	17	89,5	30	75,0	p ⁽¹⁾ = 0,1089
	1	6	28,6	2	10,5	8	20,0	
	2	-	-	-	-	-	-	
	3	2	9,5	-	-	2	5,0	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
8 horas	0	16	76,2	19	100,0	35	87,5	p ⁽¹⁾ = 0,1290
	1	3	14,3	-	-	3	7,5	
	2	1	4,8	-	-	1	2,5	
	3	1	4,8	-	-	1	2,5	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
12 horas	0	20	95,2	19	100,0	39	97,5	p ⁽¹⁾ = 1,0000
	1	1	2,5	-	-	1	2,5	
	2	-	-	-	-	-	-	
	3	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
24 horas	0	21	100,0	19	100,0	40	100,0	**
	1	-	-	-	-	-	-	
	2	-	-	-	-	-	-	
	3	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
48 horas	0	21	100,0	19	100,0	40	100,0	**
	1	-	-	-	-	-	-	
	2	-	-	-	-	-	-	
	3	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	

(**) – Não foi determinado devido à ocorrência de frequência nula em um ou mais graus de avaliação.

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 2 apresentam-se as estatísticas do índice da dor segundo a presença ou ausência da dor. Desta tabela verifica-se que: no grupo total e em cada grupo a média da dor reduziu da avaliação com 4 horas até 24 horas e foi nula nas avaliações com 24 e 48 horas; a média do índice da dor foi mais elevada entre os pacientes sem lesão do que entre os que tinham lesão nas avaliações com 4 horas, 8 horas e 12 horas. Nas avaliações com 24 e 48 horas as médias foram nulas desde que nenhum paciente apresentava dor. Diferenças significantes entre os pacientes com lesão e sem lesão foram registradas nas avaliações com 4 e com 8 horas.

Tabela 2 – Estatísticas do índice da dor segundo a ocorrência ou não de lesão e o tempo de avaliação

Tempo de avaliação	Estatística	Lesão		Grupo total	Valor de p
		Sim	Não		
4 horas	Média	0,57	0,11	0,35	p ⁽¹⁾ = 0,0427 *
	Desvio padrão	0,93	0,32	0,74	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	3	1	3	
8 horas	Média	0,38	0,00	0,20	p ⁽¹⁾ = 0,0267 *
	Desvio padrão	0,80	-	0,61	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	3	0	3	
12 horas	Média	0,05	0,00	0,03	p ⁽¹⁾ = 0,3675
	Desvio padrão	0,22	-	0,16	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	1	0	1	
24 horas	Média	0,00	0,00	0,00	p ⁽¹⁾ = 1,0000
	Desvio padrão	-	-	-	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	0	0	0	
48 horas	Média	0,00	0,00	0,00	p ⁽¹⁾ = 1,0000
	Desvio padrão	-	-	-	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	0	0	0	

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste de Mann-Whitney.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados segundo a presença ou ausência da dor no grupo total e separada entre os pacientes com ou sem dor. Desta tabela destaca-se que: no grupo total o percentual de pacientes com dor reduziu com o tempo de avaliação (25,0% na avaliação com 4 horas até 0,0% nas avaliações com 24 e com 48 horas). Os percentuais de pacientes com dor foram mais elevados entre os pacientes com lesão quando comparados com os pacientes sem dor, entretanto ao nível de 5,0%, a única diferença significativa entre os pacientes com e sem lesão foi registrada na avaliação com 8 horas ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Avaliação da ocorrência de dor segundo a ocorrência ou não de lesão e o tempo de avaliação

Tempo de avaliação	Ocorrência de dor	Lesão				Grupo total		Valor de p
		N	Sim %	n	Não %	n	%	
4 horas	Sim	8	38,1	2	10,5	10	25,0	p ⁽¹⁾ = 0,0692
	Não	13	61,9	17	89,5	30	75,0	
TOTAL		21	100,0*	19	100,0	40	100,0	
8 horas	Sim	5	23,8	-	-	5	12,5	p ⁽¹⁾ = 0,0486*
	Não	16	76,2	19	100,0	19	100,0	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
12 horas	Sim	1	4,8	-	-	1	2,5	p ⁽¹⁾ = 1,0000
	Não	20	95,2	19	100,0	39	97,5	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
24 horas	Sim	-	-	-	-	-	-	**
	Não	21	100,0	19	100,0	40	100,0	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	
48 horas	Sim	-	-	-	-	-	-	**
	Não	21	100,0	19	100,0	40	100,0	
TOTAL		21	100,0	19	100,0	40	100,0	

(**) – Não foi determinado devido à ocorrência de frequência nula em uma das categorias.

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A dor pode ser caracterizada como um fenômeno psicobiológico percebido como uma sensação desagradável, espelha um dos maiores graus de fragilização do indivíduo. Impõe em algumas circunstâncias uma percepção tão intensa que chega a ser considerada como indigna, retirando, não raramente, a própria autoestima do paciente. Na face pode manifestar-se de maneira difusa ou localizada, oferecendo um prisma complexo de alterações que podem confundir mesmo profissionais mais experientes (OLIVEIRA, 2001). A dor de origem dental quase sempre é de caráter inflamatório agudo; quando se instala, praticamente obriga o paciente a procurar um profissional para poder atenuá-la. Por outro lado, pode também se manifestar no período trans ou pós-operatório de intervenções odontológicas diversas, muitas vezes em pacientes sem sintomatologia dolorosa prévia. Nos casos de tratamento endodôntico, a terapêutica, através de procedimentos clínicos, geralmente se impõe, pois dificilmente uma droga conseguirá, por si só, aliviar ou suprimir a dor, sem que haja a intervenção do dentista (FERREIRA; LIMA, 2002).

A sintomatologia periapical pode resultar da interação de diversos fatores, tais como: infecção intracanal, proteínas pulpares quimicamente alteradas, trauma da instrumentação, a citotoxicidade dos irrigantes e dos materiais obturadores, bem como o estado psicológico do paciente. Todos estes fatores

citados são considerados elementos potenciais que podem alterar a síndrome de adaptação local, podendo originar os quadros dolorosos, bem como os desagradáveis flare-ups, ou quais são caracterizados por dor severa e/ou inchaço, requerendo tratamento de urgência. O aparecimento de dor após o tratamento endodôntico em dentes portadores de vitalidade pulpar pode ocorrer em consequência da instalação de processo inflamatório no ligamento periodontal, onde diferentes causas podem ser responsáveis, tais como: o ato da pulpectomia, o limite apical da instrumentação, as substâncias químicas irrigadoras, as medicações intracanaís, os materiais obturadores, a técnica da instrumentação, dentre outras. Em relação aos dentes necrosados, é sabido que a invasão de microrganismos e/ou debris infeccionados provenientes do interior do canal radicular permite o desencadeamento da inflamação e/ou infecção (FURTADO et al., 2005).

De acordo com Broadman, Rice e Hannallah (1988) e Hannallah, Broadman e Belman (1987) existem várias maneiras de quantificar a intensidade da dor, envolvendo aspectos psicofisiológicos, aspectos comportamentais e resposta verbal. Na presente pesquisa optou-se pela utilização de uma escala analógica visual adaptada a uma escala visual-numérica para essa quantificação (escala adaptada por Goldsher e colaboradores).

A proposta desse estudo foi avaliar a incidência de dor pós-preparo biomecânico em casos de polpas mortas com e sem lesão periapical. Os resultados mostraram que a dor pós-preparo foi mais severa nas primeiras 8 horas como mostra a tabela 1; e após 12 horas nenhum dos participantes apresentou dor. De Deus (1992); Mattescheck, Law e Noblett (2000) afirmam que as emergências surgem principalmente dentro das primeiras 24 horas, após a instrumentação inicial. Caracterizam-se por dor intensa e grande sensibilidade à pressão e palpação, podendo aparecer discreto inchaço, horas ou dias após a manifestação da dor.

Portanto, foi observado nos resultados que os percentuais de dor foram mais elevados nos pacientes com canais radiculares portadores de lesão quando comparados com os sem lesão, como mostra a tabela 3 que registrou um percentual significativo de $p= 0,0486$ no tempo de avaliação de 8 horas. Então a presença de lesão periapical correspondeu ao maior número de casos de dor pós-operatória. Tal situação clínica é compreensível, quando autores como Fabricius, Dahlen e Ohman (1982) e Sundqvist, David e Sjögren (1998), demonstraram que o número de espécies bacterianas é maior em dentes com lesões periapicais. Sendo assim, durante o preparo químico-cirúrgico desses dentes, a probabilidade de extrusão bacteriana para o periápice é aumentada, conseqüentemente a sintomatologia dolorosa também, já que os microrganismos são os principais causadores das patologias periapicais e dos seus quadros de agudizações. Segundo Leonardo (1998), um procedimento incorreto na execução do tratamento endodôntico, como por exemplo, odontometria sem neutralização prévia, ou mesmo, a baixa repentina na resistência orgânica desse paciente pode levar ou criar condições para proliferação da microbiota em nível apical, respondendo o organismo com uma intensa reação inflamatória aguda. Furtado et al. (2005) relatam que a sintomatologia periapical pode resultar da interação de diversos fatores, tais como: infecção intracanal, proteínas pulpares quimicamente

alteradas, trauma da instrumentação, a citotoxicidade dos irrigantes e dos materiais obturadores, bem como o estado psicológico do paciente. Todos estes fatores citados são considerados elementos potenciais que podem alterar a síndrome de adaptação local, podendo originar os quadros dolorosos, bem como os desagradáveis flare-ups, ou quais são caracterizados por dor severa e/ou inchaço, requerendo tratamento de urgência. O aparecimento de dor após o tratamento endodôntico em dentes portadores de vitalidade pulpar pode ocorrer em consequência da instalação de processo inflamatório no ligamento periodontal, onde diferentes causas podem ser responsáveis, tais como: o ato da pulpectomia, o limite apical da instrumentação, as substâncias químicas irrigadoras, as medicações intracanaís, os materiais obturadores, a técnica da instrumentação, dentre outras. Em relação aos dentes necrosados, é sabido que a invasão de microrganismos e/ou debris infeccionados provenientes do interior do canal radicular permite o desencadeamento da inflamação e/ou infecção.

Sabe-se que é impossível obter a esterilização de canais radiculares devido à existência de bactérias no interior de túbulos dentinários, ramificações, istmos e delta apicais. Seguindo tal pensamento, é imperativo que o canal radicular seja preenchido após o preparo químico-cirúrgico, com uma medicação intracanal adequada, nos casos de sessão múltipla, com o objetivo de impedir que as bactérias sobreviventes ao preparo se multipliquem no intervalo entre sessões do tratamento (SJÖGREN et al., 1990). Em vista disso, o estudo preconizou a técnica Crown-Down para o preparo químico-mecânico dos canais radiculares visando a redução da extrusão de debris para a região apical e a dor pós-operatória principalmente em polpas necrosadas com o objetivo de analisar a dor proveniente da medicação intracanal, evitando-se um viés de aferição.

Analisando-se a Tabela 1, observa-se que existiu dor severa apenas nos casos de dentes portadores de canais radiculares com lesão periapical, 9,5% (2 casos) no período de 4 horas após o preparo bio-mecânico e 4,8% (1 caso) no período de 8 horas, correspondendo a 5% do grupo total. Entretanto com relação à dor leve, no período de 4 horas existiu dor em 6 casos com lesão periapical (28,6%) e apenas 2 casos (10,5%) nos dentes sem lesão periapical evidenciável radiograficamente, correspondendo a 20% do grupo total. No período de 8 horas a dor estava presente apenas em 3 dentes portadores de lesão periapical (14,3%), correspondente a 7,5% do total da amostra.

Importante salientar que no período de 8 horas apenas 1 caso de dor moderada em dente portador de lesão periapical, provavelmente foi um dos casos que no período de 4 horas existiu dor severa que foi mais aliviada após esse período, correspondendo a 2,5% da amostra total.

A Tabela 3 com resultados segundo a presença ou ausência da dor no grupo total e separada entre os pacientes com ou sem dor, observa-se que nos casos de dentes portadores de canais radiculares com lesão periapical 38,1% (8 casos) apresentaram dor no período de 4 horas, correspondendo a 25% do grupo total. No período de 8 horas existiu dor em 23,8% (5 casos), correspondendo 12,5% da amostra total e no período de 12 horas houve dor em 4,8% (1 caso), correspondendo o total de 2,5% do grupo total.

Em relação aos canais radiculares sem lesão periapical, analisando-se ainda a Tabela 3, existiu

dor apenas no período de 4 horas em 2 dentes (10,5%), não existindo sensibilidade dolorosa em nenhum dos períodos avaliados por mais tempo.

Em relação à condição pulpar, observa-se nos resultados que os dentes com polpa morta e presença de lesão periapical corresponderam ao maior número de casos de dor pós-operatória. Tal situação clínica é compreensível, quando autores como Fabricius, Dahlen e Ohman (1982) e Sundqvist, David e Sjögren (1998), demonstraram que o número de espécies bacterianas é maior em dentes com lesões periapicais. Sendo assim, durante o preparo químico-cirúrgico desses dentes, a probabilidade de extrusão bacteriana para o periápice é aumentada, conseqüentemente a sintomatologia dolorosa também, já que os microrganismos são os principais causadores das patologias periapicais e dos seus quadros de agudizações.

CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia utilizada e os resultados observados, pode-se concluir que:

1. A prevalência de dor após preparo biomecânico e medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio foi baixa;
2. Os dentes com lesão periapical apresentaram apenas dois (2) casos de dor pós-operatória nas primeiras 4 horas, tornando-se ausente nos demais períodos estudados;
3. Os dentes portadores de lesão periapical apresentaram maior prevalência de dor após o preparo biomecânico nos períodos de 4 e 8 horas, diminuindo no período de 12 horas e tornando-se ausente nos demais períodos estudados.

66

REFERÊNCIAS

- BROADMAN, L. M.; RICE, L. J.; HANNALLAI-I, R. S. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. **Anesthesiology**, v. 69, n. A770, 1988.
- DECNOP, E. C. B., et al. Avaliação da Associação Dipirona Sódica-Paracetamol no controle da dor pós-operatória após limpeza e modelagem do sistema de canais radiculares. **Revista Riso**, v. 2, n. 12, jul./dez. 2004.
- DE DEUS, Q. D. **Endodontia**: tratamento das emergências das condições inflamatórias agudas de origem endodôncica. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. cap. 16, p. 565-576.
- FABRICIUS L., DAHLÉN G., OHMAN A.E. J. Predominant indigenous oral bacteria isolated from infected root canals after varied times of closure. **Scand J Dent Res**, v. 90, p. 134-40, 1982.
- FERREIRA, G. S., LIMA, G. A. Flarep endodôntico: Causas, prevenção e tratamento. **Clín. Científ.**, v. 2, n. 1, p. 87-160, maio/ago. 2002.
- FURTADO, M. A. H. et al. Avaliação da dor pós-operatória na terapia endodôntica em tratamentos realizados em sessão única e sessão múltipla. **J Brás. Endod.**, v. 5, n. 20, p. 398-404, 2005.
- LOPES, H. P.; SIQUEIRA Jr., J. F. **Biologia e técnica**. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004. cap. 25. p. 787-799.
- MATTSHECK, D. J.; LAW, A. S.; NOBLETT, W. C. Retreatment versus initial root canal treatment: factors affecting posttreatment pain. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 92, n. 3, p. 321-324, Sep. 2001.
- OLIVEIRA, L. A. O controle da dor em endodontia. **Anais...** Congresso Internacional de Odontologia do

DF, 9. 21 a 24 mar. 2001 Faculdade de Odontologia de Anápolis Disponível em:
<http://www.ibemol.com.br/ciodf2001/111.asp>. Acesso em: 6 maio 2006.

SJÖGREN, U. et al. Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. **J endod.** v. 16, n. 10, p. 498-504, Oct. 1990.

SUNDQVIST, G., DAVID, G., SJÖGREN, U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome and conservative re-treatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, v. 85, p. 86-93, 1998.

RESPONSÁVEL:

Ivana Oliveira Barbosa

Rua Prefeito João Lucena, 13, Centro - Bom- Jardim, PE. CEP: 55730-000

Fone: (81)995440065 ou (81)36382934.

E-mail: ivanaoliveirab@hotmail.com