

**SELAMENTO CORONÁRIO
COMO FATOR
DETERMINANTE PARA O
SUCESSO E LONGEVIDADE
DO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO**

**CORONAL SEALING AS A DETERMINING FACTOR FOR THE SUCCESS AND
LONGEVITY OF ENDODONTIC TREATMENT**

Ciências Humanas, Ciências Biológicas • 24/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/779490806](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779490806)

Afonso Henrique Souza Santos¹

Kailany Pedreira dos Santos²

Luíza Lopes Nascimento de Jesus³

Isadora Andrade Martins de Carvalho⁴

Ana Luiza Brito Santiago⁵

Danielle Cardoso Albuquerque Maia Freire⁶

RESUMO

O sucesso do tratamento endodôntico não depende apenas da adequada desinfecção e obturação dos canais radiculares, mas também da manutenção de um selamento coronário eficiente, capaz de prevenir a infiltração microbiana e a recontaminação do sistema de canais. A falha nesse selamento está diretamente relacionada ao insucesso terapêutico. Este estudo teve como objetivo avaliar a importância do selamento coronário como fator determinante para o sucesso e a longevidade do tratamento endodôntico. Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio da análise de artigos científicos disponíveis em bases de dados eletrônicas, selecionando estudos que abordaram a influência do selamento coronário na prevenção da infiltração microbiana e na manutenção dos resultados endodônticos. A literatura evidencia que restaurações coronárias inadequadas, materiais provisórios de baixa qualidade e o atraso na reabilitação definitiva favorecem a infiltração de microrganismos, comprometendo o tratamento. Em contrapartida, um selamento coronário efetivo reduz significativamente o risco de falhas, contribuindo para a estabilidade e longevidade dos resultados clínicos. Conclui-se que o selamento coronário desempenha papel fundamental na manutenção do sucesso endodôntico, sendo imprescindível a realização de uma restauração adequada, bem adaptada e em tempo oportuno após a conclusão do tratamento.

Palavras-chave: Selamento coronário; tratamento endodôntico; infiltração microbiana.

ABSTRACT

The success of endodontic treatment does not depend solely on adequate disinfection and obturation of the root canals, but also on the maintenance of an effective coronal seal capable of preventing

microbial infiltration and recontamination of the canal system. Failure in this seal is directly associated with therapeutic failure. This study aimed to evaluate the importance of coronal sealing as a determining factor for the success and longevity of endodontic treatment. It is a literature review conducted through the analysis of scientific articles available in electronic databases, selecting studies that addressed the influence of coronal sealing on the prevention of microbial infiltration and the maintenance of endodontic outcomes. The literature shows that inadequate coronal restorations, low-quality temporary materials, and delays in definitive rehabilitation favor microbial infiltration, compromising the treatment. On the other hand, an effective coronal seal significantly reduces the risk of failure, contributing to the stability and longevity of clinical outcomes. It is concluded that coronal sealing plays a fundamental role in maintaining endodontic success, making it essential to perform an adequate, well-adapted restoration in a timely manner after the completion of treatment. Endodontic treatment; Coronal sealing; Microbial infiltration; Root canal therapy; Treatment failure; Dental restoration; Endodontic success.

Keywords: Coronal sealing; endodontic treatment; microbial infiltration.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico tem como objetivo eliminar microrganismos dos canais radiculares e devolver função e saúde ao dente. Para garantir o sucesso desse tratamento, é fundamental não apenas a correta instrumentação e obturação do canal, mas também o selamento coronário adequado, que serve como um bloqueio à microinfiltração de bactérias nos canais. Nesse sentido, o êxito dessa modalidade terapêutica não se limita somente à

execução tecnicamente adequada das etapas intracanais, uma vez que a restauração coronária subsequente desempenha papel fundamental na preservação dos resultados obtidos e na longevidade do dente tratado (Carvalho et al., 2023).

O sucesso do tratamento depende tanto da qualidade da obturação quanto da preservação da restauração coronária, sendo esta última essencial para a longevidade do dente tratado. A cavidade oral é constantemente exposta a microrganismos, variações de pH, forças mastigatórias e infiltração de fluidos, fatores que podem comprometer o selamento coronário e favorecer a recontaminação do sistema de canais. Assim, mesmo um tratamento endodôntico tecnicamente bem executado pode falhar se a restauração não proporcionar uma vedação eficaz.

A literatura científica tem demonstrado de forma consistente que a qualidade da restauração coronária constitui um fator determinante para o prognóstico a longo prazo do tratamento endodôntico (Santos et al., 2024). O selamento coronário adequado atua como uma barreira física e química, impedindo a penetração de microrganismos, fluidos orais e seus subprodutos no sistema de canais radiculares previamente tratados (Barbosa Júnior et al., 2020). Quando essa barreira é deficiente ou inexistente, estabelece-se uma comunicação entre o ambiente oral e o espaço endodôntico, possibilitando a recontaminação e comprometendo o sucesso terapêutico (Faria et al., 2020). Esse fenômeno, conhecido como microinfiltração coronária, é apontado como uma das principais causas de insucesso dos tratamentos endodônticos, podendo resultar na persistência ou recidiva de lesões periapicais, dor e necessidade de retratamento ou exodontia (Barbosa Júnior et al., 2020).

Além disso, diferentes materiais restauradores apresentam desempenhos variados frente à microinfiltração coronária, influenciando diretamente os índices de sucesso do tratamento endodôntico. Os materiais empregados no selamento coronário podem ser classificados em provisórios e definitivos, cada um com propriedades e indicações específicas (Barbosa Júnior et al., 2020).

Os materiais provisórios, utilizados entre as sessões do tratamento endodôntico, devem apresentar capacidade de vedação adequada para evitar a contaminação do sistema de canais durante o período de espera, além de desempenhar função terapêutica ao prevenir a perda da medicação intracanal. Entre os materiais mais empregados destacam-se o cimento de óxido de zinco e eugenol, o cimento de ionômero de vidro e as resinas compostas temporárias (Faria et al., 2020).

Por sua vez, os materiais definitivos, como resinas compostas, cimentos resinosos, cimento de ionômero de vidro modificado por resina e cerâmicas, devem proporcionar um selamento marginal duradouro, resistência mecânica satisfatória e características estéticas adequadas (Almeida et al., 2022).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo se aprofunda nos conceitos fundamentais que sustentam a importância do selamento coronário para o sucesso e a longevidade do tratamento endodôntico. A discussão será estruturada em três seções principais, que, em conjunto, constroem o racional para a prática clínica focada na prevenção da recontaminação.

2.1. Fundamentos do Prognóstico Endodôntico

O objetivo biológico do tratamento endodôntico é prevenir ou eliminar a periodontite apical, uma inflamação infecciosa que afeta os tecidos perirradiculares (Barbosa Júnior et al., 2020). O sucesso depende da eliminação dos microrganismos do sistema de canais radiculares e da prevenção de reinfecção, já que a etiologia das doenças pulpares e periapicais é essencialmente microbiana (Mehta et al., 2025).

A infecção endodôntica é polimicrobiana, com predominância de bactérias anaeróbias, especialmente Gram-negativas como *Porphyromonas* e *Prevotella*. Em retratamentos, destaca-se *Enterococcus faecalis*, resistente a procedimentos de desinfecção por formar biofilme e sobreviver em ambientes adversos (Mulyar et al., 2014). A matriz do biofilme protege as bactérias física e biologicamente, dificultando a ação dos irrigantes. A comunicação bacteriana e os subprodutos como endotoxinas (LPS) induzem resposta inflamatória intensa, levando à liberação de citocinas pró-inflamatórias e à reabsorção óssea mediada por RANKL (Barbosa Júnior et al., 2020).

A terapia endodôntica combina instrumentação biomecânica e irrigação química, visando à máxima desinfecção. O hipoclorito de sódio é o irrigante principal, pela ação antimicrobiana e dissolução tecidual, a clorexidina oferece substantividade, e o EDTA remove a *smear layer*. Contudo, nenhum protocolo limpa completamente o canal devido à sua complexa anatomia, restando áreas não tocadas pelos instrumentos e abrigando bactérias (Mehta et al., 2025). O isolamento absoluto com dique de borracha é indispensável para evitar contaminações durante o procedimento (Carvalho et al., 2023).

Após o tratamento, o selamento coronário é essencial para impedir a reinfecção, principal causa de falhas mesmo após boa execução técnica (Faria et al., 2020).

O prognóstico endodôntico é avaliado por três parâmetros: sucesso clínico, sucesso radiográfico e sobrevida do dente (Mehta et al., 2025; Gillen et al., 2011). O sucesso clínico envolve ausência de sintomas e função mastigatória normal, sendo complementado pelas medidas de percepção do paciente. O sucesso radiográfico depende da cicatrização ou redução de lesões periapicais, avaliada por radiografias ou tomografia computadorizada. A sobrevida refere-se à permanência do dente na cavidade oral, independentemente de achados clínicos ou radiográficos.

Esses parâmetros se complementam, e a literatura destaca a importância da execução adequada de todas as etapas, preparo biomecânico, obturação e vedamentos apical e coronário (Gillen et al., 2011). A falha em qualquer uma delas compromete o resultado. O vedamento apical impede a passagem de microrganismos e fluidos, enquanto o vedamento coronário protege o canal da microinfiltração.

Segundo Gillen et al. (2011), o estudo clássico de Ray e Trope (1995) indicou que a qualidade da restauração coronária tem impacto igual ou até maior que a da obturação endodôntica. Além disso, a própria meta-análise de Gillen et al. (2011) demonstrou que a falha em qualquer extremidade, apical ou coronária, reduz as chances de sucesso. Portanto, ambos os vedamentos são igualmente essenciais.

O tratamento endodôntico deve ser visto como um processo contínuo, que se completa apenas com a restauração coronária

definitiva. A comunicação entre o endodontista e o restaurador é fundamental para garantir a rápida reabilitação do dente e evitar a recontaminação. A ausência dessa integração pode levar a retratamentos e comprometer o prognóstico (Faria et al., 2020).

2.2. Microinfiltração Coronária

A microinfiltração coronária acontece quando bactérias, fluidos, moléculas ou íons passam pelas pequenas fendas entre o dente e o material restaurador, ou por falhas no próprio material, sendo uma das principais causas de recontaminação dos canais radiculares e do insucesso do tratamento endodôntico a longo prazo (Mulyar et al., 2014; Barbosa Júnior et al., 2020).

Os materiais restauradores não criam uma barreira totalmente impermeável, funcionando como interfaces que permitem a passagem de agentes nocivos. O chamado fenômeno da percolação é o movimento de fluidos através dessas fendas marginais, provocado por mudanças de temperatura e pressão na boca, o que facilita a entrada de bactérias e toxinas e pode levar à reinfecção do canal e ao surgimento de periodontite apical (Santos et al., 2024; Carvalhal et al., 2023).

Esse processo acontece quando bactérias, fluidos ou moléculas passam pelas pequenas fendas entre o dente e o material restaurador, podendo causar reinfecção do canal e cáries recorrentes (Mulyar et al., 2014; Barbosa Júnior et al., 2020). Ela pode ocorrer em nível micrométrico, quando as bactérias atravessam a interface e formam biofilme, ou em nível submicrométrico, quando íons e moléculas penetram em pequenas fissuras na camada híbrida, degradando a resina e o colágeno com o tempo (Mulyar et al., 2014;

Barreto et al., 2016). A presença da smear layer pode dificultar a adesão, por isso sua remoção com EDTA é recomendada em técnicas adesivas, mesmo aumentando temporariamente a permeabilidade da dentina (Faria et al., 2020).

A infiltração é geralmente maior nas margens cervicais, devido à dentina mais permeável e à pouca presença de esmalte. Sem um selamento coronário adequado, o canal pode ser contaminado em poucas semanas, e a rapidez da infiltração depende do tipo de bactéria, da qualidade da obturação e da presença da smear layer (Barbosa Júnior et al., 2020). Fatores como contração da resina, alto fator C da cavidade, degradação da camada híbrida, ciclos de mastigação e variações de temperatura podem aumentar a formação de fendas e microfissuras. Condições clínicas como margens profundas em dentina ou cimento, isolamento inadequado, fraturas e desgaste do material, assim como hábitos do paciente, também contribuem para a infiltração (Faria et al., 2020; Mehta et al., 2025).

Para reduzir esses riscos, é importante usar técnicas que facilitem a adesão, como elevação de margens profundas, restaurações com cobertura de cúspides e materiais menos sensíveis à técnica, como resinas bulk-fill ou cimentos de ionômero de vidro (Almeida et al., 2022).

2.3. Selamento Coronário: Princípios e Estratégias Clínicas

A estratégia de selamento coronário após o tratamento endodôntico envolve a utilização de materiais provisórios e definitivos, cada um com propósitos, propriedades e janelas de tempo de utilização distintas (Barbosa Júnior et al., 2020). A restauração provisória é

utilizada para selar a cavidade de acesso entre as sessões de tratamento ou no período entre a conclusão da endodontia e a confecção da restauração definitiva. Seu principal objetivo é proteger o sistema de canais da contaminação pelo ambiente oral e evitar a perda da medicação intracanal. (Carvalho et al., 2023).

Os materiais restauradores provisórios devem apresentar boa capacidade de vedamento marginal, estabilidade dimensional, resistência ao desgaste e facilidade de inserção e remoção (Barbosa Júnior et al., 2020). Entre os materiais mais utilizados estão o cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE), o cimento de ionômero de vidro (CIV) e as resinas compostas provisórias. O OZE, especialmente em sua versão reforçada (IRM), tem sido tradicionalmente utilizado por suas propriedades antibacterianas e sedativas. No entanto, sua alta solubilidade e baixa resistência à compressão o tornam inadequado para uso prolongado. Além disso, o eugenol presente em sua composição pode interferir na polimerização de resinas compostas, sendo necessário aguardar um período antes de proceder com a restauração adesiva definitiva.

O CIV apresenta a vantagem da adesão química à estrutura dentária e da liberação de flúor, o que pode ajudar a prevenir a cárie secundária, mas também é suscetível ao desgaste e à solubilidade em meio úmido. As resinas compostas provisórias oferecem melhor estética e resistência, mas sua capacidade de vedamento pode ser comprometida pela contração de polimerização e pela degradação da camada adesiva, especialmente se não for utilizada uma técnica adesiva rigorosa. Todos os materiais provisórios apresentam algum grau de infiltração, que tende a aumentar com o tempo de permanência na cavidade oral (Carvalho et al., 2023).

Portanto, o uso de restaurações provisórias deve ser limitado ao menor tempo possível, idealmente não excedendo algumas semanas (Mehta et al., 2025). A permanência prolongada de uma restauração temporária é um fator de risco significativo para a recontaminação do canal e o fracasso do tratamento (Faria et al., 2020). Estudos demonstram que, após algumas semanas, a maioria dos materiais provisórios falha em impedir a penetração bacteriana independentemente do material utilizado. Isso ocorre devido à solubilidade do material, ao desgaste por forças mastigatórias e à degradação marginal, que criam vias para a infiltração.

A restauração definitiva, por sua vez, tem como objetivo restabelecer a forma, a função e a estética do dente, e essencialmente, fornecer um selamento coronário duradouro que proteja o tratamento endodôntico a longo prazo (Carvalho et al., 2023). A decisão sobre o momento ideal para a colocação da restauração definitiva tem sido objeto de debate. A lógica clínica atual, apoiada por evidências crescentes, favorece a realização da restauração definitiva o mais breve possível após a conclusão do tratamento endodôntico, o que é conhecido como selamento imediato (Santos et al., 2024). Essa abordagem minimiza o período de vulnerabilidade em que o dente está selado apenas com um material provisório, reduzindo o risco de infiltração. A prática de adiar a restauração definitiva para aguardar a confirmação da cicatrização periapical, especialmente em casos com lesões, tem sido cada vez mais questionada, pois o risco de recontaminação coronária durante o período de espera pode ser maior do que o benefício de observar a resposta inicial ao tratamento (Gillen et al., 2011). As evidências sugerem que é preferível realizar a restauração definitiva imediatamente, mesmo em casos com lesão periapical, para proteger o investimento terapêutico já realizado. A lógica é que a falha em selar o canal o

mais rápido possível expõe o sistema de canais a uma contaminação que pode ser mais prejudicial do que a incerteza sobre a cicatrização apical (Santos et al., 2024).

Um tratamento endodôntico, por mais bem executado que seja, deve ser considerado incompleto até que a restauração definitiva seja colocada. A estratégia do selamento imediato, portanto, não é apenas uma preferência, mas uma necessidade biológica para proteger o investimento terapêutico e aumentar as chances de sucesso a longo prazo (Santos et al., 2024).

A sequência de procedimentos restauradores após a conclusão da obturação endodôntica deve ser planejada para minimizar o risco de recontaminação e aumentar a longevidade do dente. A primeira decisão a ser tomada é sobre a necessidade de um retentor intrarradicular (pino). A principal função de um pino não é reforçar o dente, mas sim reter o material de preenchimento (núcleo) quando há uma perda extensa de estrutura coronária. A indicação de pinos deve ser criteriosa, pois seu preparo envolve a remoção de mais estrutura dentária, o que pode enfraquecer a raiz. Em dentes com estrutura coronária suficiente, a colocação de um pino não é necessária (Almeida et al., 2022).

Após a decisão sobre o pino e o núcleo de preenchimento, a escolha entre uma restauração direta ou indireta deve ser feita com base na quantidade de estrutura dentária remanescente. Em casos com perda mínima de estrutura e paredes circundantes espessas, uma restauração direta com resina composta pode ser suficiente (Almeida et al., 2022). No entanto, em dentes com grande destruição coronária, especialmente dentes posteriores submetidos a altas forças mastigatórias, uma restauração indireta com cobertura de

cúspides (onlay ou coroa total) é frequentemente indicada para proteger a estrutura dentária remanescente de fraturas (Santos et al., 2024).

A cobertura de cúspides ajuda a distribuir as forças oclusais de forma mais uniforme, reduzindo o estresse nas paredes do dente e minimizando o risco de fratura. A decisão entre uma restauração direta e indireta deve ser baseada em uma avaliação cuidadosa da quantidade e qualidade da estrutura dentária remanescente, das forças oclusais e dos fatores estéticos. Em geral, dentes posteriores com perda de uma ou mais cúspides devem receber uma restauração indireta com cobertura de cúspides para proteção contra fratura. A escolha do material para a restauração indireta (metalocerâmica, cerâmica pura, resina composta indireta) dependerá de fatores como estética, oclusão e custo.

A seleção do pino, caso necessário, também é uma decisão importante (Gillen et al., 2011). Pinos de fibra de vidro, que possuem um módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, são preferíveis aos pinos metálicos fundidos, pois distribuem melhor as tensões e reduzem o risco de fratura radicular. Essa técnica restauradora integrada, que considera a biomecânica do dente e a proteção contra a recontaminação, é fundamental para o sucesso a longo prazo do tratamento endodôntico (Gillen et al., 2011).

3. METODOLOGIA

Esse trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura, com o objetivo de analisar os estudos científicos acerca da influência do selamento coronário no sucesso e na longevidade do tratamento endodôntico. A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados

PubMed, SciELO, BVS Odontologia e Google Scholar, incluindo publicações em português e inglês, compreendidas no período de 2011 a 2025. Foram utilizados os seguintes termos de busca: tratamento endodôntico; selamento coronário; infiltração microbiana; terapia endodôntica e falha terapêutica. Os artigos foram selecionados com base em sua relevância para o tema, priorizando estudos atualizados e com embasamento científico consistente, relacionados à prevenção da microinfiltração coronária e à manutenção do sucesso endodôntico.

4. DISCUSSÃO

É De acordo com Faria et al. (2020) e Carvalhal et al. (2023), o sucesso endodôntico não depende exclusivamente da qualidade da instrumentação e obturação, mas sim da associação entre vedamento apical e coronário. Essa visão é reforçada por Gillen et al. (2011), cuja meta-análise demonstrou que a falha em qualquer uma dessas etapas compromete significativamente o prognóstico. Em contrapartida, segundo Gillen et al. (2011), o estudo clássico de Ray e Trope (1995) sugere que a qualidade da restauração coronária pode exercer impacto igual ou até superior ao da obturação endodôntica, evidenciando uma possível divergência quanto a importância relativa de cada etapa. Essa diferença de interpretação, no entanto, não invalida o entendimento de que ambos os selamentos são interdependentes e indispensáveis.

No que se refere à microinfiltração coronária, os resultados analisados apontam forte concordância entre os autores quanto ao seu papel como uma das principais causas de falha pós-tratamento. Muliyar et al. (2014) e Barbosa Júnior et al. (2020) destacam que a infiltração ocorre por falhas na interface dente-restauração,

permitindo a passagem de bactérias e toxinas. Santos et al. (2024) complementam essa discussão ao introduzir o conceito de percolação, enfatizando a influência das variações térmicas e mecânicas na dinâmica da infiltração. Já Barreto et al. (2016) ampliam essa análise ao abordar a degradação da camada híbrida em nível submicrométrico, evidenciando que a falha do selamento não é apenas imediata, mas também progressiva ao longo do tempo.

Apesar desse consenso, observa-se divergência quanto à eficácia dos materiais restauradores. Enquanto Almeida et al. (2022) sugerem que materiais como resinas bulk-fill e ionômero de vidro podem minimizar a infiltração, Carvalhal et al. (2023) afirmam que nenhum material é totalmente impermeável, apresentando algum grau de infiltração com o passar do tempo. Essa contraposição evidencia que, embora a escolha do material seja relevante, a técnica operatória e o tempo de exposição do material provisório parecem exercer influência ainda mais significativa no resultado clínico.

Em relação ao uso de restaurações provisórias, os autores são unânimes ao afirmar que estas devem ser utilizadas por períodos curtos. Mehta et al. (2025) destacam que a eficácia do selamento provisório diminui significativamente após algumas semanas, enquanto Faria et al. (2020) associam diretamente a permanência prolongada desses materiais ao aumento do risco de recontaminação. Esses achados reforçam a importância do selamento definitivo precoce, alinhando-se às recomendações clínicas atuais.

A discussão sobre o momento ideal da restauração definitiva revela um ponto importante de evolução na literatura. Tradicionalmente,

aguardava-se a cicatrização periapical antes da reabilitação definitiva. No entanto, estudos mais recentes, como os de Santos et al. (2024) questionam essa conduta, defendendo o selamento imediato como estratégia mais segura. Esses autores argumentam que o risco de recontaminação durante o período de espera pode ser mais prejudicial do que a incerteza quanto à resposta periapical inicial. Assim, observa-se uma mudança de paradigma, com tendência à intervenção restauradora precoce.

Outro aspecto relevante identificado é a necessidade de integração entre Endodontia e Dentística. Faria et al. (2020) destacam que a ausência de comunicação entre as especialidades pode comprometer o prognóstico, mesmo quando os procedimentos são realizados corretamente de forma isolada. Esse ponto é reforçado pelos achados de Almeida et al. (2022), que evidenciam a importância do planejamento restaurador na preservação da estrutura dentária e na distribuição adequada das forças mastigatórias, especialmente em dentes com grande perda estrutural.

Dessa forma, os resultados desta revisão confirmam que o sucesso do tratamento endodôntico deve ser compreendido como um processo multifatorial, no qual o selamento coronário desempenha papel essencial. A análise comparativa dos estudos demonstra que, embora existam divergências pontuais quanto aos materiais e técnicas, há consenso de que a falha no selamento coronário representa um dos principais fatores de insucesso. Assim, a adoção de estratégias que priorizem o selamento imediato, a escolha adequada dos materiais e a integração entre especialidades clínicas mostra-se fundamental para garantir maior previsibilidade e longevidade ao tratamento.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender que o selamento coronário deve ser compreendido como etapa indispensável do tratamento endodôntico, e não como um procedimento complementar. Sua adequada execução está diretamente relacionada à proteção do sistema de canais e à manutenção dos resultados terapêuticos ao longo do tempo.

Dessa forma, torna-se essencial que o cirurgião-dentista adote uma abordagem integrada, valorizando tanto os princípios endodônticos quanto restauradores, com foco na prevenção da recontaminação. A adoção de condutas clínicas baseadas em evidências e o planejamento restaurador adequado são determinantes para maior previsibilidade e durabilidade do tratamento.

Assim, mais do que uma etapa final, o selamento coronário representa um elemento estratégico para o sucesso clínico, reforçando a necessidade de sua execução imediata e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. F. S. et al. **A influência do tratamento restaurador no sucesso da terapia endodôntica.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 10, p. 2091-2104, 2022.

BARBOSA JÚNIOR, E. S. et al. **O impacto da ausência de vedamento coronal na infiltração endodôntica: revisão sistemática.** *Unimontes Científica*, v. 22, n. 2, p. 1-15, 2020. DOI: 10.46551/ruc.v22n2a08.

BARRETO, B. C. F. et al. **Selamento coronário em Endodontia.** *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 10, n. 32, p. 124-138, 2016.

CARVALHAL, C. A. G. et al. **Blindagem coronária após tratamento endodôntico.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 6, p. 32014-32023, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-455.

FARIA, G. L. et al. **Importância do selamento coronário no sucesso do tratamento endodôntico.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 18018-18032, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-188.

GILLEN, B. M. et al. **Impact of the quality of coronal restoration versus the quality of root canal fillings on success of root canal treatment: a systematic review and meta-analysis.** *Journal of Endodontics*, v. 37, n. 7, p. 895-902, 2011. DOI: 10.1016/j.joen.2011.04.002.

MEHTA, D.; COLEMAN, A.; LESSANI, M. **Success and failure of endodontic treatment: predictability, complications, challenges and maintenance.** *British Dental Journal*, v. 238, n. 7, p. 527-535, 2025. DOI: 10.1038/s41415-025-8453-5.

MULIYAR, S. et al. **Microleakage in Endodontics.** *Journal of International Oral Health*, v. 6, n. 6, p. 99-104, 2014.

SANTOS, L. T. et al. **Influência da restauração coronária no sucesso do tratamento endodôntico.** *Revista de Saúde*, v. 18, n. 1, 2024. DOI: 10.33947/saude.v18i1.4829.

¹ Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. E-mail: [acesse o artigo original](#)

[para visualizar o e-mail](#)

² Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Orientadora / Dentista formada em 2004, Especialista em Endodontia, Mestre em Endodontia, Professora do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus (CESUPI), Professora dos cursos de atualização e especialização do Instituto Excellence e Doutoranda em Biologia e Biotecnologia de Microrganismos (UESC). Atendimento em consultório Maia Odontologia Especializada, Atendimento odontológico domiciliar (Home Care Odonto Bahia). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)