

DIFERENTES TRATAMENTOS PARA ABSCESSOS PERIODONTAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**TACIANE MENEZES DA SILVEIRA¹, YASMIN NOBRE GONÇALVES², WAGNER
DA SILVA NOLASCO³, FRANCISCO WILKER MUSTAFA GOMES MUNIZ⁴,
NATALIA MARCUMINI POLA⁵, MAÍSA CASARIN⁶**

¹*Universidade Federal de Pelotas – tacianesvs@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - yasnobre96@outlook.com*

³*Universidade Federal de Pelotas - wagnernolasco96@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – wilkermustafa@gmail.com.br*

⁵*Universidade Federal de Pelotas - nataliampola@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas - maisa.66@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

As doenças periodontais agudas (DPAs), como os abscessos periodontais (AP) e as lesões periodontais necrosantes, são condições clínicas caracterizadas pelo seu início rápido, envolvendo o periodonto ou estruturas associadas, podendo causar dor, desconforto, destruição tecidual, e infecção local e sistêmica (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000).

Mais especificamente, o AP é caracterizado por um acúmulo de infiltrado inflamatório dentro da parede gengival do sulco ou bolsa periodontal, resultando em destruição dos tecidos de suporte (IRSHAD et al., 2020). Ele é considerado a terceira urgência odontológica mais frequente, representando 7-14% das urgências odontológicas e afetando 6-7% dos pacientes atendidos em clínicas odontológicas (HERRERA, David; ROLDÁN; SANZ, 2000).

Apesar da importância do rápido diagnóstico e do tratamento das DPAs em razão da rápida destruição dos tecidos periodontais, ainda não é descrito na literatura um tratamento considerado “padrão-ouro”. Por isso, o objetivo desse estudo é avaliar, através de uma revisão sistemática, tratamentos periodontais para os abscessos periodontais que possam proporcionar a melhora nos parâmetros clínicos e melhora clínica geral dos pacientes.

2. METODOLOGIA

Esta revisão sistemática foi relatada de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis- PRISMA Statement (PAGE et al., 2020). O protocolo geral foi registrado no banco de dados internacional para RSs PROSPERO (CRD42021244153). A questão PICO foi composta por indivíduos adultos com AP (Pacientes); raspagem e alisamento radicular (Intervenção); comparado a qualquer tipo de tratamento odontológico local associado ou não a medicação local ou sistêmica, ou apenas solução placebo (Comparação); e parâmetros periodontais: sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, nível de inserção, placa dentária, inflamação gengival, dor/desconforto, mobilidade dentária, edema e linfadenopatia (Desfecho). Foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas PubMed (Medline), Cochrane Wiley, Web of Science, Open Grey e Clinical Trials até julho de 2021, sem restrição de língua e com publicações após 1950.

Dois revisores treinados (YNG e WSN) avaliaram independentemente todos os títulos e resumos dos estudos elegíveis. Artigos sem resumos, mas com títulos

sugerindo relação com os objetivos da revisão, também foram pré-selecionados e submetidos à análise de texto completo para elegibilidade. Os textos completos dos artigos pré-selecionados foram lidos detalhadamente pelos mesmos revisores (YNG e WSN). Os artigos que atenderam a todos os critérios de seleção foram processados para extração de dados. Um terceiro pesquisador foi envolvido apenas em caso de discrepâncias (MC). Foi realizada uma busca manual nas referências de todos os estudos selecionados. Durante a leitura do título/resumo, a concordância entre os pesquisadores resultou em índice kappa = 0,87, e a concordância durante a leitura do texto completo resultou em índice kappa = 0,91.

Os critérios de inclusão foram ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não randomizados, ensaios clínicos não controlados, estudos de coorte e séries de casos. Apenas estudos com indivíduos ≥18 anos foram incluídos. Para serem incluídos, algum parâmetro periodontal deveria ser avaliado, como exemplo: sangramento à sondagem/supuração à sondagem (SS), profundidade de sondagem (PS), nível de inserção (CAL), placa dentária ou inflamação gengival.

Os critérios de exclusão foram estudos in vitro, estudos em animais, artigos de revisão, estudos transversais, estudos caso controle e relatos de casos. Pacientes com histórico ou atualmente em quimioterapia e/ou radioterapia, ingestão de bisfosfonatos orais >3 anos ou terapia com bisfosfonatos intravenosos, gravidez e/ou amamentação foram excluídos.

Dois pesquisadores independentes realizaram seleção dos estudos, extração de dados e análise de risco de viés (pela escala RoB2), um terceiro revisor resolveu divergências.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seis estudos compreenderam os critérios de inclusão nesta análise qualitativa (três ensaios clínicos randomizados e três séries de casos), sendo um total de 237 indivíduos avaliados com idade entre 21 a 65 anos.

Diferentes tratamentos foram empregados, como raspagem e alisamento radicular (RAR) combinados com antibióticos sistêmicos/lokais, apenas o uso de antibióticos, irrigação com antibiótico local, RAR associado à drenagem, incisão e terapia cirúrgica. Dentre todos os estudos incluídos, três estudos foram ensaio clínico randomizado (EGUCHI et al., 2008; HERRERA et al., 2000; JIN DONG-MEI, 2012). Os outros três estudos tiveram desenho de série de casos (SCHMIDT & BRETZ, 2007; FINE et al., 1994; PRICHARD et al., 1953).

Considerável heterogeneidade clínica foi encontrada nas intervenções. Dentre os ensaios clínicos randomizado, um estudo utilizou irrigação à base de cloridrato de minociclina 2% (10ml) associada à irrigação com soro fisiológico no grupo intervenção e no grupo controle utilizou apenas irrigação com soro fisiológico (EGUCHI et al., 2008). Outro utilizou azitormicina 500mg uma vez ao dia por três dias como intervenção 1 e na intervenção 2 usou amoxicilina 500mg combinado com clavulanato de potássio 125mg a cada 8 horas por oito dias (HERRERA et al., 2000). Um ensaio clínico usou RAR combinado com irrigação salina como tratamento na intervenção no grupo 1 e no grupo intervenção 2 utilizaram incisão+drenagem+irrigação salina e Tinidazol 1g primeira dose dupla e cefradina 0,5g por 3 dias (JIN DONG-MEI, 2012).

Dentre os estudos de série de casos, foram reportados 4 casos clínicos onde foi realizado RAR com posterior administração de Azitromicina 500mg por 3 dias, durante 3 ciclos (SCHMIDT & BRETZ, 2007). Outros 3 casos clínicos com

realização de RAR e curetagem associada ao uso de Amoxilina 500mg 4x ao dia por 3 semanas, ou temafloxacina por 4 semanas, ou doxiciclina duas vezes ao dia por duas semanas (FINE et al., 1994). E dez casos, com pacientes tratados com incisão+drenagem+RAR, ou apenas RAR, ou apenas drenagem, ou incisão +gengivectomia, ou apenas gengivectomia (PRICHARD et al., 1953).

Os resultados demonstram que apesar de haverem diferentes abordagens de tratamento, a RAR sozinha ou associada ao uso de antibióticos sistêmicos/local, o uso isolado de antibióticos sistêmicos nos casos onde não era possível drenar o AP, irrigação com antibiótico local, drenagem ou incisão parecem ser eficazes na melhora dos parâmetros clínicos (profundidade de sondagem, nível de inserção, sangramento à sondagem, mobilidade dentária, inchaço, edema e linfadenopatia) e subjetivos (dor). No entanto, foi observado alto risco de viés da maioria dos estudos incluídos.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se, que a combinação de terapia mecânica convencional com raspagem e alisamento periodontal, incisão, drenagem e uso de antibioticoterapia podem, associados e isoladamente, promover redução dos parâmetros clínicos periodontais e melhora significativa do paciente nos casos de AP. No entanto, avaliação individual deve ser realizada, considerando a entrevista dialogada, exames clínicos e exames físicos do paciente, para adequado diagnóstico e tratamento. Além disso, devido ao elevado risco de viés, os resultados devem ser interpretados com cautela, sendo necessário novos ensaios clínicos randomizados bem delineados para esclarecer diferentes tratamentos para os abscessos periodontais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EGUCHI, T et al. Microbial changes in patients with acute periodontal abscess after treatment detected by PadoTest. **Oral diseases**, Denmark, v. 14, n. 2, p. 180–184, 2008.

FINE, D H. Microbial identification and antibiotic sensitivity testing, an aid for patients refractory to periodontal therapy. A report of 3 cases. **Journal of clinical periodontology**, United States, v. 21, n. 2, p. 98–106, 1994.

HERRERA, D; ROLDÁN, S; SANZ, M. The periodontal abscess: a review. **Journal of clinical periodontology**, United States, v. 27, n. 6, p. 377–386, 2000.

HERRERA, D et al. The periodontal abscess (II). Short-term clinical and microbiological efficacy of 2 systemic antibiotic regimes. **Journal of clinical periodontology**, United States, v. 27, n. 6, p. 395–404, 2000a.

IRSHAD, Muhammad et al. Characterization and antimicrobial susceptibility of pathogens associated with periodontal abscess. **Antibiotics**, [s. l.], v. 9, n. 10, p. 1–8, 2020.

JIN, Dong-mei; WANG, Wei-qian. [Comparative study of two treatment methods for acute periodontal abscess]. **Shanghai kou qiang yi xue = Shanghai journal of stomatology**, China, v. 21, n. 5, p. 584–587, 2012.

NOVAK, M. J. Necrotizing ulcerative periodontitis. **Annals of periodontology / the American Academy of Periodontology**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 74–78, 1999.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1–15, 2021.

PRICHARD, J F. Management of the periodontal abscess. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, United States, v. 6, n. 4, p. 474–482, 1953.

SCHMIDT, Edgard F; BRETZ, Walter A. Benefits of additional courses of systemic azithromycin in periodontal disease case report. **The New York state dental journal**, United States, v. 73, n. 4, p. 40–45, 2007.