

**GUIA PARA TRATAMENTO IMEDIATO DAS DOENÇAS PERIODONTAIS
NECROSANTES E ABSCESSOS PERIODONTAIS**

**GUIDE FOR IMMEDIATE TREATMENT OF NECROSING PERIODONTAL DISEASES
AND PERIODONTAL ABSCESSSES**

Ana Paula de Carvalho Dias

Larissa Perandini Lins Tavares

Graduandas do Curso de Odontologia do Centro Universitário São Jose.

Orientador

Rosa Maria Jardim Rodrigues

Professora adjunta da disciplina de Periodontia Pré-clínica da Uni São José

Especialista em Prótese Dentária pela ABORJ

Mestre em Odontologia (Periodontia) pela UFRJ

Doutora em Odontologia (Periodontia) pela UERJ

RESUMO

As lesões periodontais agudas são consideradas doenças infecto-inflamatórias, de início rápido e que envolvem os tecidos de suporte e sustentação dos dentes, estando entre as entidades periodontais que os pacientes devem buscar atendimento de urgência, principalmente pela dor ou desconforto associados, destruição tecidual e infecção. Dentre essas condições, temos as doenças periodontais necrotizantes (DPN) e Abscessos Periodontais (AP). As DPNs apresentam três características clínicas típicas: necrose papilar, sangramento e dor. Elas representam a condição periodontal relacionada ao biofilme mais grave. O início, a gravidade, a extensão e a progressão da DPN estão claramente associados à resposta imune do hospedeiro, dando crédito a uma classificação baseada nesta resposta. Por serem consideradas doenças de pouca prevalência, mas de elevada gravidade, as DPN requerem um tratamento imediato e de boa efetividade. O objetivo desse estudo é, através de uma revisão integrativa da literatura, servir de guia para o tratamento imediato das doenças periodontais necrosantes (gingivite necrozante e periodontite necrozante) e abscessos periodontais. No presente trabalho será realizada uma revisão integrativa desenvolvida conforme o proposto por Souza et al. (2010). A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, (LILACS), o portal PubMed, que engloba o MEDLINE, três bibliotecas digitais (Banco de Teses da CAPES; Biblioteca Virtual em Saúde, BVS e Scientific Electronic Library Online, SciELO), com recorte temporal de 2013 a 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, o levantamento foi complementado com busca manual nas citações dos estudos primários identificados quando necessário. A maioria dessas doenças é controlada ou revertida por meio da terapia antimicrobiana combinada com a remoção profissional da placa e do cálculo e melhora nas condições de higiene oral.

Palavras-chave: Abscesso Periodontal. Gengivite Necrozante, doenças periodontais necrozantes

ABSTRACT

Acute periodontal lesions are considered infectious-inflammatory diseases, of rapid onset and involving the supporting and supporting tissues of the teeth, being among the periodontal entities that patients should seek urgent care for, mainly due to the associated pain or discomfort, tissue destruction and infection. Among these conditions, we have necrotizing periodontal diseases (NPD) and periodontal abscesses (PA). NPD have three typical clinical features: papillary necrosis, bleeding, and pain. They represent the most severe biofilm-related periodontal condition. The onset, severity, extent, and progression of NPD are clearly associated with the host immune response, lending credence to a classification based on this response. Because they are considered low-prevalence but highly serious diseases, NPDs require immediate and effective treatment. The aim of this study is, through an integrative review of the literature, to serve as a guide for the immediate treatment of necrotizing periodontal diseases (necrotizing gingivitis and necrotizing periodontitis) and periodontal abscesses. In the present work, an integrative review will be carried out as proposed by Souza et al. (2010). The search for the articles was carried out in the electronic databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, (LILACS), the PubMed portal, which encompasses MEDLINE, three digital libraries (CAPES Theses Bank; Virtual Health Library, VHL and Scientific Electronic Library Online, SciELO), with a time frame from 2013 to 2023, in Portuguese, English and Spanish. In addition, the survey was complemented with a manual search of the citations of the primary studies identified when necessary. Most of these diseases are controlled or reversed through antimicrobial therapy combined with professional removal.

Keywords: Periodontal abscess. Necrotizing gingivitis, necrotizing periodontal diseases

INTRODUÇÃO:

De acordo com a Academia Americana de Periodontologia, as doenças periodontais agudas são condições clínicas de início rápido que envolvem o periodonto ou estruturas associadas e podem ser caracterizadas por dor ou desconforto, destruição tecidual e infecção. Dentre essas condições, temos as doenças periodontais necrotizantes (DPN) e Abscessos periodontais.

A etiologia está associada à infecção bacteriana (fusobactérias e espiroquetas). No entanto, a DPN também é predisposta por vários fatores locais, como: má higiene bucal, gengivite induzida por placa pré-existente, trauma local, tabagismo e abuso de álcool. Além disso, fatores sistêmicos, como: resposta alterada do hospedeiro, desnutrição ou doenças sistêmicas e fatores comportamentais, como: estresse emocional, fadiga, insônia e status socioeconômico também podem ser associados a DPN.

As doenças periodontais necrosantes apresentam três características clínicas típicas: necrose da papila, sangramento gengival e dor. Embora a prevalência dessas doenças não seja alta, sua importância é clara, pois representam as condições mais severas associadas ao biofilme dental, com destruição tecidual muito rápida.

Os abscessos gengival e periodontal são clinicamente importantes porque são emergências odontológicas relativamente frequentes, que podem comprometer o prognóstico periodontal do dente acometido. Além disso, as bactérias localizadas dentro do abscesso podem se espalhar e causar infecções em outros locais do corpo.

Diferentes tipos de abscessos foram identificados e classificados principalmente por sua etiologia, e há diferenças claras entre aqueles que afetam uma bolsa periodontal preexistente e aqueles que afetam locais saudáveis. A terapia para esta condição aguda consiste em drenagem e desbridamento tecidual, sendo feita uma avaliação da necessidade de terapia antimicrobiana sistêmica para cada caso, com base em fatores locais e sistêmicos.

Por serem consideradas doenças de pouca prevalência, mas de elevada gravidade, as DPN requerem um tratamento imediato e de boa efetividade. O objetivo desse estudo é, através de uma revisão integrativa da literatura, servir de guia para o tratamento imediato das doenças periodontais necrosantes e abscessos periodontais. Como objetivos específicos, esse estudo pretende descrever as doenças periodontais necrosantes e abscessos periodontais, avaliar criticamente a literatura existente e discutir qual tratamento imediato apresenta melhoras nos parâmetros das doenças em questão.

As lesões agudas, em geral, necessitam de tratamento imediato. Deste modo, é mandatório que tanto o clínico quanto o especialista estejam atualizados quanto aos procedimentos clínicos e à prescrição, de acordo com a literatura. Por isso, buscamos nesse estudo, trazer uma avaliação e descrever tratamentos para os abscessos gengivais, abscessos periodontais, gengivite necrosante e periodontite necrosante.

Este trabalho apresenta-se dividido em quatro partes essenciais: a) metodologia; b) fundamentação teórica, onde avaliamos e sintetizamos as evidências sobre o tema; c) corpo do trabalho/ desenvolvimento; d) considerações finais; e) referencial teórico.

METODOLOGIA

No presente trabalho foi realizada uma revisão integrativa desenvolvida conforme o proposto por Souza et al. (2010).

Seguiram-se as seguintes etapas para realização do estudo (de acordo com Santos et al. (2015): (1) identificação do problema; (2) definição dos critérios de inclusão e de exclusão dos artigos; (3) categorização dos estudos; (4) análises dos estudos selecionados na revisão integrativa; (5) análises dos dados e interpretação dos resultados; e (6) síntese do conhecimento.

A busca dos artigos, no período de março a maio de 2023, foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, (LILACS), o portal PubMed, que engloba o MEDLINE, três bibliotecas digitais (Banco de Teses da CAPES; Biblioteca Virtual em Saúde, BVS e Scientific Electronic Library Online, SciELO). Além disso, o levantamento foi complementado com busca manual nas citações dos estudos primários identificados quando necessário.

Na pesquisa, foram considerados todos os artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, disponibilizados como texto completo e gratuito nas bases, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados na consulta nessas bases de dados foram: acute periodontal lesions, periodontal abscess, necrotizing periodontal diseases. A partir destes descritores foi construída a seguinte estratégia de busca: acute periodontal lesions OR periodontal abscess OR necrotizing periodontal diseases.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: (a) estudos teórico metodológicos, quantitativos ou qualitativos que abordavam o tema de interesse, (b) os de acesso aberto e (c) com texto completo disponível. Quanto aos critérios de exclusão: (a) foram excluídos os estudos primários que citavam qualquer outra propriedade ou característica diferente da atividade de interesse e (b) aqueles com texto incompleto. Artigos em duplicidade foram eliminados.

A análise foi dividida em três etapas. A primeira etapa constituiu-se na leitura do título dos artigos, em que foram selecionados apenas aqueles com termos relacionados com a questão norteadora. A segunda etapa, na qual foi lido o resumo/ abstract dos artigos incluídos na primeira fase, dentre os quais foram escolhidos os que relacionavam

ao tema de interesse. Por fim, na terceira e última etapa, foi avaliado o texto integral dos artigos selecionados na segunda etapa.

Nas bases de dados pesquisadas, foram localizados 61 referências, sendo 53 artigos, 4 revisões, 1 ensaio clínico randomizado e 3 documentos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Abscesso Gengival

Um abscesso gengival é "uma infecção purulenta localizada (Figura 1) que envolve a gengiva marginal ou as papilas interdentais" (American Academy of Periodontology, 2017). Abscessos gengivais estão frequentemente associados com impactação subgengival de corpos estranhos e tendem a ocorrer em uma gengiva saudável (WADIA; IDE, 2017).



Fig. 1 Abscesso gengival. Fonte: WADIA; IDE, 2017.

Apresentação

As características clínicas incluem uma área localizada edemaciada em rápida expansão que pode ser brilhante e lisa ou pontiaguda. Supuração também pode estar presente. A lesão geralmente é dolorosa para o paciente e sensível à palpação (WADIA; IDE, 2017).

Abscesso Periodontal

As lesões periodontais, apesar de ocorrer com uma frequência relativamente baixa, requerem um tratamento imediato, pois podem comprometer gravemente o prognóstico do dente. Os abscessos periodontais (APs) estão normalmente associados a bolsas periodontais profundas, sangramento à sondagem, supuração e, quase invariavelmente, dor. Os APs devem ser classificadas de acordo com os fatores etiológicos envolvidos, sendo os mais frequentes as que ocorrem em bolsas periodontais pré-existentes (HERRERA *et al.*, 2014)

Dentre várias condições agudas que podem ocorrer, nos tecidos periodontais, o abscesso periodontal representa emergências dentárias que merece atenção especial. Além de exigir atenção imediata para aliviar a dor, complicações sistêmicas também podem ser evitadas com a implementação de tratamento adequado. A presença de um abscesso periodontal pode modificar o prognóstico do dente acometido e, em muitos casos, ser responsável por sua remoção (HERRERA *et al.*, 2000).

Apresentação Clínica

As principais características dos abscessos periodontais são: edema e vermelhidão no local afetado, aumento da mobilidade do dente afetado, maior profundidade de sondagem, sangramento ou exsudato purulento à sondagem, perda óssea determinada radiograficamente (Figura2) (J PERIODONTAL *et al.*, 2000).

Destrução rápida dos tecidos periodontais, com efeito negativo no prognóstico do dente afetado

Os APs podem levar à perda de dentes, especialmente se afetarem dentes com perda de inserção prévia moderada a grave, como ocorre durante a terapia periodontal de suporte (TPS) em pacientes com periodontite crônica grave. De fato, eles têm sido

considerados a principal causa de extração dentária durante a manutenção periodontal (MCLEOD *et al.*, 1997).

Embora tenha sido frequentemente observado na periodontite não tratada, o abscesso periodontal também pode ocorrer em pacientes sob TPS e tem sido considerado como uma das possíveis complicações dessa fase do tratamento periodontal (KAMMA; BAEHNI, 2003). A lesão (Figura 3) é definida como uma infecção purulenta localizada associada à destruição de tecidos (isto é, ligamento periodontal e osso alveolar) adjacentes às bolsas periodontais (RENVERT; PERSSON, 2004).

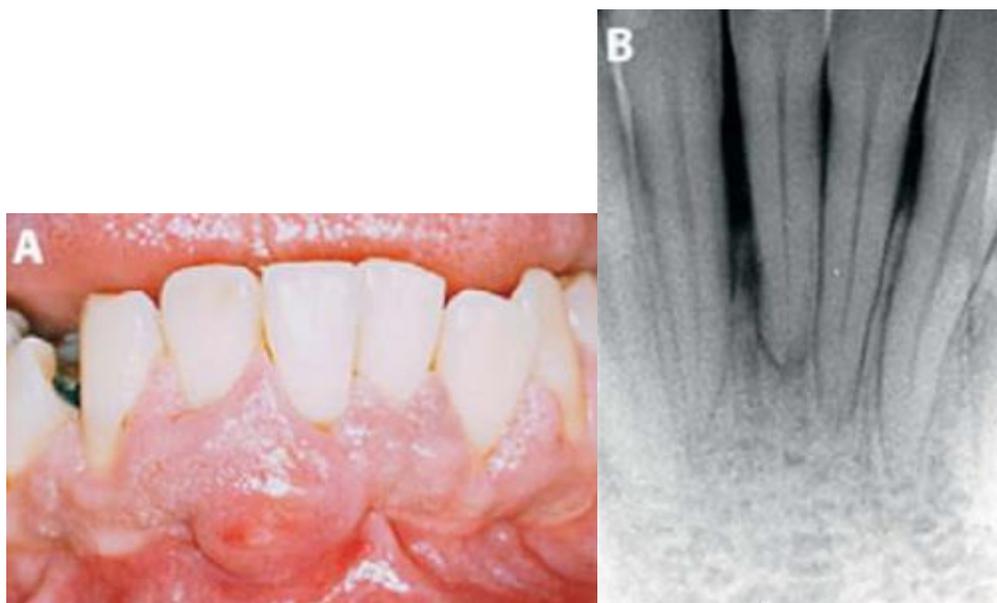


Fig. 2 a, b) Abscesso periodontal em paciente com periodontite não tratada: (A) características clínicas e (B) radiográficas (Fonte: SILVA *et al.*, 2008).

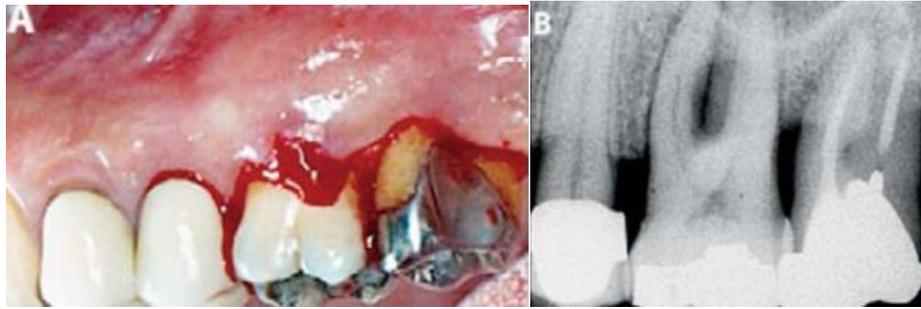


Fig. 3 a, b) (A) Características clínicas e (B) radiográficas de um paciente com abscesso periodontal durante o TPS (Fonte: SILVA *et al.*, 2008).

Etiologia

Vários fatores têm sido implicados na etiologia dos abscessos periodontais em pacientes com periodontite não tratada (MENG *et al.*, 1999). Fatores como características anatômicas, vulnerabilidade genética, fatores microbianos e comportamentais (por exemplo, tabagismo) e baixa frequência de consultas de manutenção trabalhando isoladamente ou em combinação podem explicar em parte por que o estado periodontal se deteriora mesmo em pacientes sob TPS (HANCOCK; NEWELL, 2000). Outras causas possíveis que podem contribuir para a não resolução da condição incluem falha na remoção das causas de irritação, desbridamento incompleto, diagnóstico inadequado, fratura dentária (Figura 4) ou presença de doença sistêmica pré-existente.

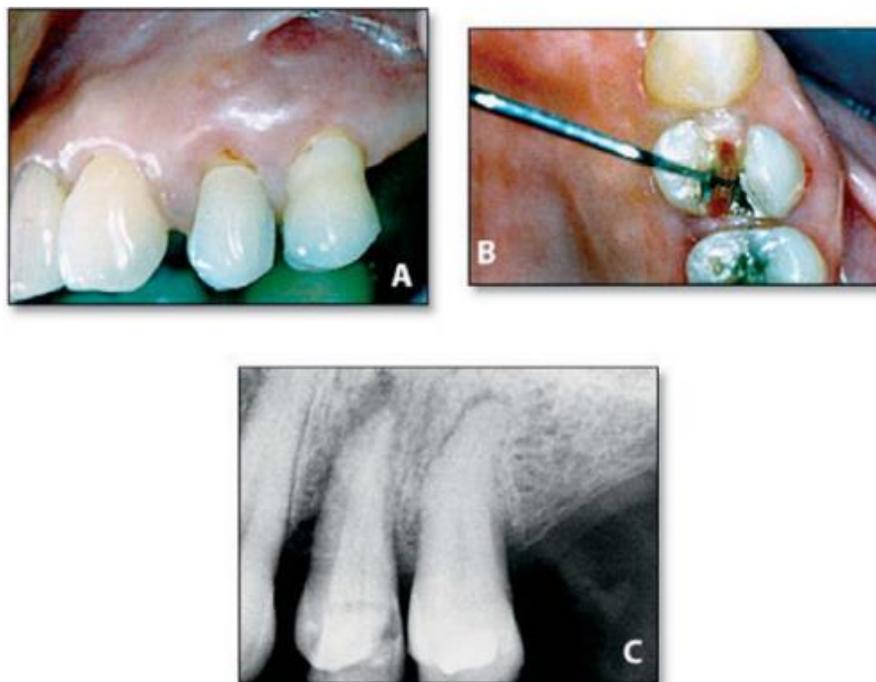


Fig. 4 a, b e c) Abscesso devido a uma fratura radicular. (A) vista vestibular e (B) vista oclusal; (C) Características radiográficas (J PERIODONTAL *et al.*, 2000).

Doenças Periodontais Necrozantes

As doenças periodontais necrotizantes (DPNs) são uma forma grave de doença dentária que pode ser acompanhada por doença sistêmica e envolve a destruição do tecido periodontal e do tecido conjuntivo. Variam em extensão e gravidade, com manifestações que vão desde uma pequena perda da arquitetura papilar até a extensa destruição causada pelo noma. Embora a descrição e a classificação dessas doenças tenham variado de boca de trincheira à gengivite ulcerativa necrotizante aguda, elas foram reclassificadas recentemente para enfatizar o alcance e a progressão dessa condição (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Em 2017, um novo sistema de classificação foi desenvolvido no workshop mundial sobre a 'Classificação de doenças e condições periodontais e peri-implantares (AAP, 2017). As novas classificações periodontais levaram a uma mudança na forma como os

clínicos classificam e diagnosticam as doenças periodontais. As DPNs foram definidas como: gengivite necrosante (GN), periodontite necrosante (PN), estomatite necrosante (EN) e noma. Clinicamente, pode ser difícil diferenciar entre GN e PN, pois muitas vezes a transição é difícil de distinguir à medida que a doença avança. Estudos sugerem que GN, PN, EN e noma são estágios diferentes da mesma doença, pois compartilham características clínicas e, em certa medida, tratamento (PAPAPANOU *et al.*, 2018).

A prevalência/incidência de GN foi relatada para a população geral ou para grupos específicos de indivíduos. Na população geral atendida em clínicas odontológicas, a prevalência de GN variou de 0,51 a 3,3%; em militares, a prevalência e a incidência relatadas foram maiores perto do final da 2ª Guerra Mundial (3,96–20,6%) do que em estudos mais recentes (0,19–6,19%). Em populações africanas, resultados altamente variáveis foram relatados. Em estudantes, a prevalência variou de 0,9 a 6,7%. E em pacientes com HIV/AIDS, os dados mostraram grandes variações: crianças (2,2-5,0%), adultos com HIV (0,0–27,7% para GN e 0,3–9,0% para PN) (HERRERA *et al.*, 2018).

Microbiologia

A etiologia bacteriana da DPN, com a presença de espiroquetas e bactérias fusiformes, foi previamente demonstrada por Plaut em 1894 e Vincent em 1896 (ROWLAND, 1999). Além disso, as melhorias clínicas observadas após desbridamento mecânico e tratamento antimicrobiano corroboraram ainda mais para a etiologia bacteriana dessas condições (SOCRANSKY, 1983).

Estudos anteriores, usando microscopia eletrônica, sugeriram invasão tecidual por espiroquetas (COURTOIS *et al.*, 1983). Estudos de cultura identificaram *P. intermedia* e *Treponema*, *Selenomonas* e *Fusobacterium* espécies, que foram consideradas “flora constante” nas lesões (LOESCHE *et al.*, 1982).

No entanto, também se começa a entender a importância das interações entre as bactérias dentro do microbioma oral durante periodontites necrotizantes, (JIA *et al.*, 2021) com a redução de bactérias comensais em favor de cepas patogênicas como *Prevotella spp*, mas ainda são necessárias mais pesquisas neste campo. Muitas das bactérias

envolvidas nas DPNs são patógenos oportunistas comumente presentes em pacientes saudáveis, o que destaca a importância de um microbioma oral equilibrado e da suscetibilidade do hospedeiro a cepas patogênicas. As respostas inflamatórias do hospedeiro podem ser ainda mais intensificadas por fatores de risco presentes, como tabagismo e diabetes; e não apenas a existência das próprias bactérias (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Fatores predisponentes

Os fatores predisponentes locais são: má higiene bucal (JOHNSON; ENGEL, 1986), gengivite induzida por placa pré-existente (PINDBORG, 1991), fatores retentores de placa (restaurações, anomalias ortodônticas, proximidade radicular, presença de cálculo dentário), trauma local, tabagismo e tabaco de mascar (ZIA *et al.*, 2015).

Os fatores predisponentes sistêmicos são: estresse emocional e fisiológico (MINNEMAN, 1995), desnutrição (ENWONWU, 1994), fadiga e insônia (HORNING; COHEN, 1995), desequilíbrio hormonal, função prejudicada dos leucócitos polimorfonucleares (PMNs) (COGEN *et al.*, 1983), doenças sistêmicas que afetam a resposta imune (imunossupressão) – diabetes mellitus, leucemia, anemia, AIDS, sífilis, colite ulcerativa, infecções virais. Alguma sazonalidade foi relatada (principalmente no inverno e períodos chuvosos) (SKRACH *et al.*, 1970), idade (principalmente em indivíduos jovens – 15-30 anos de idade, muito parecido com o observado nas trincheiras da Primeira Guerra Mundial – daí a descrição anterior de boca de trincheira) (FALKLER *et al.*, 1987), abuso de álcool e drogas (HORNING; COHEN, 1995), caucasianos (BARNES *et al.*, 1973).

O controle ou eliminação dos fatores predisponentes tem papel fundamental na prevenção da ocorrência, progressão e recidiva das doenças necrotizantes (ISHIKAWA, 2007).

Avaliação e Diagnóstico

O diagnóstico de DPN deve ser baseado principalmente em achados clínicos (CORBET, 2004). A avaliação microbiológica ou de biópsia pode ser recomendada em casos de apresentações atípicas ou casos sem resposta.

Os achados clínicos mais relevantes da GN relatados em estudos com 35 ou mais pacientes foram: necrose e úlcera na papila interdentária (94–100%), sangramento gengival (95–100 %), dor (86–100%), formação de pseudomembrana (73–88%) e halitose (84–97%). Os sinais extraorais incluíram adenopatia (44-61%) ou febre (20-39%). Em crianças, dor e halitose foram menos frequentes, enquanto febre, adenopatia e sialorréia foram mais frequentes (HERRERA *et al.*, 2018).

Para PN, além dos sinais e sintomas anteriores, observou-se perda de inserção periodontal e destruição óssea, acompanhado de sinais extraorais mais frequentes (COBB *et al.*; 2003). Em pacientes gravemente imunocomprometidos, pode ocorrer sequestro ósseo (UMEIZUDIKE *et al.*, 2011). PN pode ser o resultado de um ou vários episódios de GN (formação de bolsas menos frequente) ou de GN ocorrendo em um local previamente afetado por periodontite (bolsas periodontais seriam encontradas) (NOVAK, 1999).

Para se chegar a um diagnóstico, é importante reconhecer a apresentação típica das DPNs conforme citado acima. Isso inclui sangramento, perda da arquitetura papilar como na Figura 5, papila invertida, sabor metálico, descamação e aparência acinzentada da papila. Além disso, à medida que a doença progride, pode ocorrer exposição do osso alveolar subjacente. Como sempre, um exame minucioso e testes especiais, conforme necessário, são indicados para desenvolver um diagnóstico diferencial. No entanto, a apresentação da doença é tão distinta que o diagnóstico é relativamente direto. O tratamento das doenças necrotizantes deve ser abordado em etapas, incluindo tratamento da fase aguda, tratamento de quaisquer condições pré-existentes, abordagem dos fatores de risco, tratamento das sequelas da doença e transição para a fase de suporte ou manutenção (MALEK *et al.*, 2017).

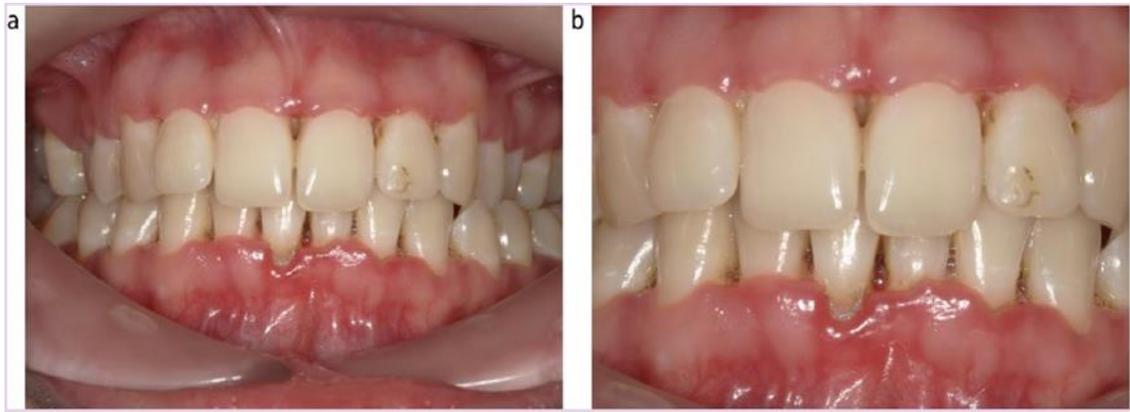


Fig. 5 a, b) Apresentação típica de periodontite necrosante em um jovem de 24 anos (Fonte: OGUNLEYE *et al.*, 2023).



Fig. 6 Caso tratado de periodontite necrotizante da figura 5 (Fonte: OGUNLEYE *et al.*, 2023).

DESENVOLVIMENTO

1. Gerenciamento de Emergência

1.1 Abscesso Gengival

O abscesso deve ser incisado, drenado e irrigado com solução salina para aliviar os sintomas agudos. A mitigação da etiologia (remoção do corpo estranho) é uma consideração importante e o desbridamento pode ajudar com isso. O uso a curto prazo de enxaguatório bucal com clorexidina (0,2%) ou solução salina morna é frequentemente recomendado, especialmente se a área ficar muito sensível para escovar (WADIA; IDE, 2017).

1.2 Abscesso Periodontal

O tratamento é o alívio da dor através da drenagem do abscesso do exsudato purulento (AMMONS *et al.*, 1996).

Quando esta técnica não for viável ou não obtiver resultado adequado, deve-se realizar incisão e drenagem tradicional. O uso isolado de antibióticos ou seu uso associado à raspagem supragengival tem apresentado resultados iniciais satisfatórios do ponto de vista clínico e parâmetros microbiológicos. No entanto, quando um tratamento inadequado é realizado (isto é, antibioticoterapia sem drenagem do abscesso associada à raspagem supragengival), a exacerbação do abscesso provavelmente será observada em aproximadamente 40 dias (AMMONS *et al.*, 1996).

Além disso, foi relatado que a antibioticoterapia deve ser restrita para pacientes com sinais sistêmicos (ou seja, linfadenopatia, febre, mal-estar), clinicamente comprometidos ou quando uma infecção difusa é observada (DAHLEN, 2002).

1.3 Gengivite Necrosante e Periodontite Necrosante

O objetivo principal do tratamento da fase aguda é controlar a evolução da doença, que se manifesta com a extensão da necrose tecidual lateral e apicalmente. Também se pretende eliminar a dor e/ou mal-estar, que podem comprometer a correta alimentação do paciente e ter graves consequências nos pacientes imunodeprimidos.

Uma vez feito o diagnóstico de GN/PN, é essencial começar abordando a causa do episódio e direcionar o tratamento para aliviar os fatores de risco. As medidas de suporte essenciais incluem conselhos e demonstrações para melhorar a higiene oral (feita inicialmente com cuidado, devido à natureza acentuadamente inflamada dos tecidos) e aconselhamento sobre a cessação do tabagismo. Em muitos casos, aconselhar sobre repouso e incorporar a ingestão de líquidos com analgésicos é recomendado conforme necessário (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Na fase aguda, o desbridamento suave usando cureta ou dispositivo ultrassônico é indicado, mas isso depende muito do que o paciente pode tolerar. Como a dor pode ser significativa, pode ser necessário realizar este desbridamento durante vários dias ou sob anestesia local. Uma vez que a dor mais aguda tenha diminuído, o reforço da higiene oral é indicado e adaptado ao que o paciente pode tolerar (escova de dentes macia e auxílios interdentais, conforme necessário) (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Quando a dor é significativa na fase aguda, enxaguatórios bucais podem ajudar. O enxágue regular com uma colher de chá de sal em água quente ou duas vezes ao dia com enxaguatório bucal com peróxido de hidrogênio a 6% ou clorexidina a 0,12% pode ajudar nos primeiros dias após o desbridamento inicial. Da mesma forma, os enxaguatórios bucais podem ser usados para controlar a dor junto com analgésicos de venda livre, como o paracetamol, se houver espera para ser atendido (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Nos casos em que o paciente apresente febre e ou linfadenopatia, os antibióticos sistêmicos podem ser indicados. A amoxicilina e o metronidazol são selecionados como tratamento de primeira linha, eficaz contra anaeróbios (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Nessas circunstâncias, o metronidazol é o antibiótico de escolha, pois é eficaz contra anaeróbios encontrados no complexo Fusospiroquetas presentes na DPN. A prescrição de acordo com o Formulário Nacional Britânico deve consistir em metronidazol 400 mg, a cada oito horas, por 3 dias. Alternativamente, a amoxicilina pode ser usada se o metronidazol for considerado inapropriado (NICE, 2021). A Figura 6 é o mesmo caso da Figura 5, que foi tratado inicialmente com desbridamento suave, instrução de higiene oral, metronidazol e subsequente remoção de placa mecânica profissional. Nota-se a redução da inflamação e reconfiguração da arquitetura papilar (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

Pacientes com doenças necrotizantes também podem exigir que o clínico entre em contato com seu médico e será importante destacar a natureza incomum da condição. Isso ocorre porque o paciente pode ter uma condição imunocomprometedora subclínica (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida [AIDS], HIV positivo, leucemia, neutropenia cíclica) (GASNER; SCHURE, 2022).

Uma vez estável, a fase de manutenção envolverá revisões regulares para manter e reforçar a higiene bucal e reavaliar os fatores de risco conforme necessário. A perda da arquitetura papilar pode significar que os regimes de higiene oral devem ser adaptados e o tamanho adequado das escovas interdentais será essencial nesta fase de manutenção (OGUNLEYE *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento dessas patologias é de suma importância para o cirurgião dentista, visto que o número de casos de urgências odontológicas relacionadas às doenças periodontais é expressivo, e suas consequências podem ser desagradáveis para os pacientes. Essas doenças possuem características clínicas diferenciadas e abordagens terapêuticas particulares.

O abscesso periodontal é um processo infeccioso muito frequente nas urgências odontológicas e tem uma ação destruidora muito rápida dos tecidos periodontais, interferindo no prognóstico do(s) dente(s) envolvidos.

O tratamento imediato dos abscessos consiste em alívio dos sintomas, controlar a difusão da infecção e drenagem da coleção purulenta com ou sem acesso cirúrgico. Para aliviar os sintomas, devem ser prescritos analgésicos e antissépticos como a clorexidina 0,12% de 12 em 12h. Os antibióticos como a amoxicilina 500mg ou metronidazol 400mg podem ser usados como adjuvantes no tratamento.

Doenças periodontais necrotizantes, como GN e PN, são causados por certas bactérias encontradas no biofilme dental. Essas bactérias são essenciais para a instalação da doença, porém fatores predisponentes afetam o hospedeiro e tem um efeito na patogênese das doenças, como deficiências de imunidade, estresse, entre outros.

O tratamento da fase aguda das DPN consiste em anestesiá-lo paciente, realizar a raspagem e alisamento radicular, irrigando abundantemente com clorexidina 0,12%, prescrever analgésicos quando necessário e bochechos com antissépticos orais de 12 em 12 h e orientá-lo quanto a necessidade de uma higiene oral meticulosa. Quando houver envolvimento sistêmico, fazer antibioticoterapia (metronidazol ou amoxicilina). Pode ser necessário tratamento com antifúngicos, se for realizada antibioticoterapia, em pacientes imunocomprometidos.

O diagnóstico destas doenças pode ser feito apenas com base nas suas características clínicas e é de fundamental importância, não só porque estas contribuem para a perda de inserção periodontal e sequelas gengivais, mas também porque constituem um marcador de deterioração imunológica nos pacientes imunocomprometidos.

É por isso que é importante coletar informações detalhadas para avaliar a etiologia da DPN, identificando e analisando os fatores predisponentes e estabelecer todas as medidas preventivas possíveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP). **Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions**. 2017.

AMMONS, W.F. IN: WILSON, T.G., KORNMAN, K.S. **Fundamentals of Periodontics**, Quintessence Publishing Co, Carol Stream;423-451,1996 .

BARNES, G.P.; BOWLES, W.F 3rd; CARTER, H.G. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: a survey of 218 cases. *J Periodontol*,44(1):35-42,1973.

COBB, C.M, *et al*. A TEM/SEM study of the microbial plaque overlying the necrotic gingival papillae of HIV-seropositive, necrotizingulcerative periodontitis. **J Periodontal Res**.38:147–155, 2003 .

COGEN, R.B., *et al*. Leukocyte function in the etiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. **J Periodontol**, 54(7):402-7, 1983.

COURTOIS, G.J.3rd; COBB, C.M.; KILLOY, W.J. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A transmission electron microscope study. **J Periodontol**, 54: 671– 679, 1983 .

CORBET, E.F. Diagnosis of acute periodontal lesions. **Periodontol 2000**, 34:204–216, 2004.

DAHLÉN, G. Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal-endodontic lesions. **Periodontology 2000**, 28:206-239, 2002 .

ENWONWU, C.O. Cellular and molecular effects of malnutrition and their relevance to periodontal diseases. **J Clin Periodontol**,21(10):643-57, 1994.

FALKLER, W.A. *et al*. A clinical, demographic and microbiologic study of ANUG patients in an urban dental school. **J Clin Periodontol**, 14(6):307-14, 1987.

GASNER, N.S.; SCHURE, R.S. **Necrotizing Periodontal Diseases**. Florida: **StatPearls Publishing**, 2022.

HANCOCK, E.B.; NEWELL, D.H. Preventive strategies and supportive treatment. **Periodontology**,2002; 25:59-76, 2000.

HERRERA, D. *et al*. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. **J Clin Periodontol**,; 89(Suppl 1): S85–S102, 2018.

HERRERA, D. *et al*. Acute periodontal lesions. **Periodontal 2000**. JUN; 65 (1): 149-77, 2014.

HERRERA, D.; ROLDÁN, S.; SANZ, M. The periodontal abscess: a review. **J Clin Periodontol**, 27(6):377-86, 2000.

HORNING, G.M.; COHEN, M.E. Necrotizing ulcerative gingivitis, peri-odontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. **J Periodontol**, 66:990–998, 1995.

ISHIKAWA, I. Host responses in periodontal diseases: a preview. **Periodontol 2000**, 43:9-13, 2007.

JIA, J. *et al.* Subgingival microbiome dynamic alteration associated with necrotizing periodontal disease: A case report. **Medicine (Baltimore)**. 2021.

JOHNSON, B.D.; ENGEL, D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. **J Periodontol**, 57(3):141-50, 1986.

KAMMA, J.J.; BAEHNI, P.C. Five-year maintenance follow-up of early-onset periodontitis. **J Clin Periodontol**, 30:562–572, 2003.

LOESCHE, W.J. *et al.* The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. **J Periodontol**, 53: 223– 230, 1982.

MALEK, R. *et al.* Necrotizing Ulcerative Gingivitis. **Contemp Clin Dent** 2017; 8: 496-500.

MCLEOD, D.E.; LAINSON, P.A.; SPIVEY, J.D. Tooth loss due to periodontal abscess: A retrospective study. **J Periodontol**, 68:963-966, 1997.

MENG, H.X. Periodontal abscess. **Ann Periodontol**, Dec;4(1):79-83, 1999.

MINNEMAN, M.A. *et al.* Relationships of personality traits and stress to gingival status or soft-tissue oral pathology: an exploratory study. **J Public Health Dent**, 55(1):22-7, 1995.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Scenario: **Acute necrotizing ulcerative gingivitis. 2021.** Available at <https://cks.nice.org.uk/topics/gingivitis-periodontitis/management/acute-necrotizing-ulcerative-gingivitis/>.

NOVAK, M.J. Necrotizing ulcerative periodontitis. **Ann Periodontol**,4:74–78, 1999.

OGUNLEYE, R. *et al.* Necrotising periodontal diseases: an update on classification and management. **BDJ Team 10**, 22–25, 2023

PAPAPANOU, P. *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **J Clin Periodontol**, Jun;45 Suppl 20:S162-S170, 2018.

PINDBORG, J.J. Influence of service in armed forces on incidence of gingivitis. **J Am Dent Assoc**, 42: 517– 522, 1951.

PLAUT HC. Bacterial diagnostic studies of diphtheria and oral diseases. (Studien zur bakteriellen Diagnostik der Diphtherie und der Anginen). **Dtsch Med Wochnschr**, 20:920-923. 32, 1894.

RENVERT, S.; PERSSON, G.R. Supportive periodontal therapy. **Periodontology 2000.**, 36:179-195, 2004.

ROWLAND, R.W. Necrotizing ulcerative gingivitis. **Ann Periodontol.** 4(1):65-73, 1999.

SANTOS, F.S. *et al.* Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.3, p. 435-40, 2015.

SILVA, G.L.; SOARES, R.V.; ZENÓBIO, E.G. Periodontal abscess during supportive periodontal therapy: a review of the literature. **J Contemp Dent Pract**, Sep 1;9(6):82-91, 2008.

SKRACH, M.; ZABRODSKY, S.; MRKLAS, L. A study of the effect of age and season on the incidence of ulcerative gingivitis. **J Periodontal Res**, 5(3):187-90, 1970.

SOCRANSKY, S.S.; COBB, C.M.; KILLOY, W.J. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A transmission electron microscope study. **J Periodontol**, 54: 671– 679, 1983.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8,n.1, p. 102-6, 2010.

UMEIZUDIKE, K.A. *et al.* Severe presentation of necrotizing ulcerative periodontitis in a Nigerian HIV-positive patient: a case report. **Med Princ Pract**, 20:374–376, 2011.

VINCENT H. The etiology and the histopathology of hospital rot. (Sur l'etiologie et sur les lesions anatomo pathologiques, de la pourriture d'hospital). **Ann de l'Insti Pasteur**, 10:488-510. 1896.

WADIA, R. & IDE, M. Periodontal Emergencies in General Practice. **Primary Dental Journal**, Vol 6, Nº 2, 2017.

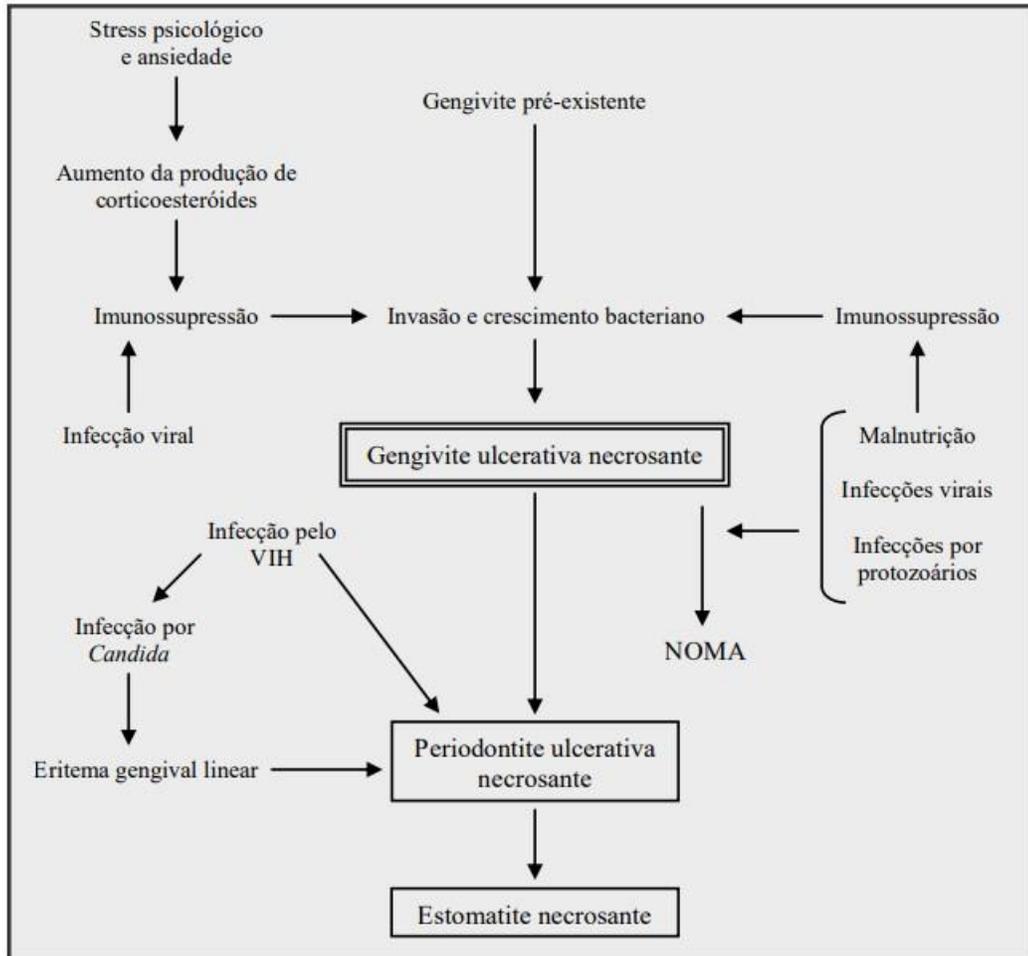
ZIA, A. *et al.* A. Necrotizing periodontitis in a heavy smoker and tobacco chewer - A case report. **Singapore Dent J**, 36:35-8, 2015.

ANEXOS

Índice de Anexos

Anexo 1: Gengivite ulcerativa necrosante - possíveis mecanismos etiológicos e sequela.....	i
Anexo 2: Características clínicas essenciais e não essenciais da GN.....	ii
Anexo 3: Características clínicas diagnósticas da PN.....	iii
Anexo 4: Protocolo de tratamento da doença periodontal necrosante.....	iv

Anexo 1: Gengivite ulcerativa necrosante - possíveis mecanismos etiológicos e seqüela



(Rowland, 1999)

Anexo 2: Características clínicas essenciais e não essenciais da GN

Características clínicas essenciais da GUN
1. Lesões dolorosas;
2. Lesões são úlceras gengivais, crateriformes, da papila interdentária, que podem envolver a gengiva marginal;
3. Úlceras gengivais com hemorragia espontânea.

Características clínicas não essenciais da GUN
1. “Pseudomembrana” que cobre as áreas ulceradas;
2. <i>Foetor ex ore</i> (hálito fétido);
3. Febre, mal-estar;
4. Linfadenopatia – submandibular (e cervical).

(Corbet, 2004)

Anexo 3: Características clínicas diagnósticas da PN

Características clínicas diagnósticas da PUN
1. Crateras interproximais profundas com exposição do osso alveolar;
2. Sequestros do osso alveolar interproximal e, eventualmente, do osso vestibular e/ou lingual.

(Corbet, 2004)

Anexo 4: Protocolo de tratamento da doença periodontal necrosante

1. Tratamento de urgência (fase aguda)

Local

- No consultório: remoção ultra-sónica de placa e cálculo, desbridamento de tecidos moles, raspagem e alisamento radiculares. Instruções de higiene oral.

- Em ambulatório: bochechos com clorhexidina a 0,2%, H₂O₂ a 3%.

Sistémico

- De eleição: 250 mg de metronidazol, v.o., cada 8h, 7 dias.

2. Tratamento ou eliminação de factores predisponentes

3. Correção cirúrgica de defeitos teciduais

4. Manutenção

- Reforço das técnicas de higiene oral

- Manutenções periodontais

(Bascones-Martínez & Escribano-Bermejo, 2005)