

Enfermedad periodontal pediátrica: Artículos esenciales y recomendaciones consensuadas, 2020

Byrd G, Quinonez RB, Offenbacher S, Keels, MA and Guthmiller JM. Coordinated Pediatric and Periodontal Dental Care of a Child with Down Syndrome. *Pediatr Dent* 2015; 37(4): 381- 385.

Delaney JE, Keels MA. Pediatric Oral Pathology: Soft-Tissue and Periodontal Conditions. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47(5):1125-1147.

Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival Overgrowth in children: Epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. *J Periodontol* 2005; 76: 3-10

Dougherty MA and Slots J. Periodontal Diseases in Young Individuals. *Cal Dent Assoc J* 1993; 21: 55-69.

Henry RJ and Sweeney EA. Langerhan's Cell Histiocytosis: case reports and literature review. *Pediatr Dent* 1996; 18: 11-16.

Hu CC and others. A clinical and research protocol for characterizing patients with Hypophosphatasia. *Pediatr Dent* 1996; 18: 17-23.

Kalkwarf KL and Gutz DP. Periodontal changes associated with chronic idiopathic neutropenia. *Pediatric Dent* 1981; 3: 189-195.

Lalla E, Cheng B, Lal S, et al. Diabetes-related parameters and periodontal conditions in children. *J Periodontal Res* 2007; 42: 345-350.

Long LM, Jacoway JR and Bawden JW. Cyclic Neutropenia: Case report of two siblings. *Pediatr Dent* 1983; 5: 142-144.

Lundgren T, Renvert S. Periodontal treatment of patients with Papillon-Lefèvre Syndrome: a 3-year followup. *J Clin Periodontol* 2004; 31(11): 933-938.

Mechant AT, Oranbandid S, Jethwani M, et al. Oral care practices and A1c among youths with type 1 and type 2 diabetes. *J Periodontal* 2012; 83: 856-861.

Nagendran J, Prakash C, Anandakrishna L, Gaviappa D and Ganesh D. Leukocyte Adhesion Deficiency: A Case Report and Review. *J Dent Child* 2012; 79(2): 105-110.

Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* 2002; 29(5): 400-410.

Rezende KM, Canela AH, Ortega AO, et al. Chédiak-Higashi Syndrome and premature exfoliation of primary teeth. *Braz Dent J* 2013, 24: 667-673.

Tinanoff N, Temprow P, Maderazo EG. Dental treatment of Papillon-Lefèvre Syndrome: 15-year follow-up. *J Clin Periodontol* 1995; 22: 609-614.

Van den Bos T, Handoko G, Niehof A, et al. Cementum and dentin in Hypophosphatasia. J Dent Res 2005; 84:1021-1025.

AAPD. Classification of periodontal diseases in infants, children, adolescents and individuals with special health care needs, 2019. Available at: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/classification-of-periodontal-diseases-in-infants-children-adolescents-and-individuals-with-special-health-care-needs> Accessed, Dec.15, 2019.

Recomendaciones consensuadas de la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD)

1. En cada revisión dental debe evaluarse y documentarse la salud de la gingiva, el periodonto y la movilidad de los dientes. Una vez que se establezca la dentición permanente, se debe realizar el sondaje periodontal para confirmar los niveles de hueso alveolar sano. Deben obtenerse radiografías apropiadas para documentar la salud del alvéolo. Las fotografías clínicas son un recurso de gran utilidad para documentar y monitorizar la condición periodontal.

2. La gingivitis generalizada debe considerarse inicialmente de origen viral. Si la gingivitis generalizada persiste más allá de dos semanas, debe considerarse una causa sistémica no viral. Se recomienda un seguimiento cercano. Los diferenciales más comunes incluyen la neutropenia cíclica, la neutropenia idiopática crónica y las leucemias. Se indica una derivación médica apropiada en caso de cualquier condición periodontal en la que se sospeche una causa sistémica.

3. Para ayudar en el triaje de un niño con enfermedad periodontal pediátrica, se puede utilizar la Matriz Periodontal Pediátrica de Keels-Quinonez (véase el anexo) para ayudar a identificar el diagnóstico.

4. Un niño con pérdida de un incisivo primario no relacionada con un traumatismo y sólo con gingivitis localizada antes de los 4 años de edad debe ser evaluado para detectar posible hipofosfatasa. El diente debe evaluarse por patología oral para determinar la salud del cemento en el incisivo primario exfoliado prematuramente.

5. Un niño con erupción prematura de los molares primarios en el período neonatal debe ser evaluado para descartar Histiocitosis de Células de Langerhans X. Debe realizarse una biopsia gingival del tejido cercano al molar para detectar la presencia de gránulos de Birbeck.

6. Un niño con una inflamación gingival persistente más allá de dos semanas, puede requerir un cultivo periodontal para ayudar a eliminar cualquier cepa anaeróbica de bacterias que pueda estar desencadenando una respuesta inmunológica agresiva como en el Síndrome de Papillon-Lefèvre o contribuyendo a la inflamación y a la pérdida de hueso, como en las neutropenias.

7. La monitorización de la salud gingival y periodontal de los pacientes con diagnóstico de una enfermedad sistémica es un marcador crítico para medir el cumplimiento de las indicaciones de parte del paciente, así como para medir la eficacia de cualquier medicamento utilizado para mejorar la respuesta inmunológica. Un ejemplo sería documentar la eficacia del Factor estimulante de colonias de granulocitos (FECG) en el tratamiento de la Neutropenia Cíclica o el cumplimiento en la administración de la insulina en el tratamiento de la Diabetes dependiente de la insulina.

8. En casos raros, un niño puede requerir un trasplante de células madre para restaurar un sistema inmunológico intacto que resultará en una mejor salud periodontal. Los ejemplos en los que se puede utilizar un trasplante de células madre son los casos de niños con Enfermedad Granulomatosa Crónica y Trastorno por Deficiencia de Adherencia Leucocitaria.

Matriz de la enfermedad periodontal pediátrica

Copyright MA Keels y RB Quinonez, 2003

	HUESO SANO (sin pérdida de hueso alveolar)	HUESO AFECTADO (pérdida de hueso alveolar)
Encía sana (rosa, firme, punteada)	Encía sana y sin pérdida de hueso	Encía sana y con pérdida de hueso <ul style="list-style-type: none"> • Hipofosfatasa ** • Enfermedad periodontal pediátrica no concluyente (LJP) • Displasia dentinaria Tipo I • Post Avulsión/Extracción
Encía enferma (eritematosa, hemorrágica)	Encía no saludable sin pérdida de hueso <ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis • Gingivitis de respiración bucal • Fibromatosis gingival • GUNA • Leucemia (LMA/LLA) • VIH • Deficiencia de vitamina C • Gingivitis relacionada con la erupción • Gingiva mínimamente adherida • Gingivostomatitis herpética • Trombocitopenia • Anemia aplástica • Acroдинia • Deficiencia de vitamina K • Injurias auto-inducidas 	Encía no saludable sin pérdida de hueso <ul style="list-style-type: none"> • Defectos cuantitativos de neutrófilos (agranulocitosis, neutropenia cíclica, neutropenia idiopática crónica)* • Defecto cualitativo de neutrófilos: (Deficiencia en la adhesión de leucocitos)* • Enfermedad periodontal pediátrica no concluyente (LJP)* • Histiocitosis de células de Langerhan X*** • Síndrome de Papillon-Lefèvre* • Diabetes Mellitus* • Síndrome de Down* • Síndrome de Chediak-Higashi* • Enfermedad granulomatosa crónica* • Tuberculosis* • Ehlers-Danlos (Tipo VIII) • Osteomielitis*

* es necesario realizar un cultivo bacteriológico y de sensibilidad

** es necesario realizar una biopsia dental

*** es necesario realizar una biopsia gingival