

Enfermedad periodontal pediátrica: Artículos esenciales y recomendaciones

- Byrd G, Quinonez RB, Offenbacker S, Keels MA, 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.
- Keels MA, Tatakis D, Griffen A and Torchia MM.** Periodontal disease in children: Associated systemic conditions. *UpToDate* 2019.
- Keels MA, Quinonez RB.** Pediatric Periodontal Disease Matrix. 2002. (Figure below)
- 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, Tempro 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

Antecedentes

Es fundamental que los odontopediatras evalúen la salud gingival y periodontal de sus pacientes. No es infrecuente diagnosticar gingivitis en pacientes pediátricos debido principalmente a una mala higiene bucal. Sin embargo, hay niños que pueden presentar una gingivitis severa generalizada refractaria, una movilidad dental inexplicable y/o una pérdida de hueso alveolar. A estos niños se les debe

realizar un seguimiento con una documentación exhaustiva, fotografías clínicas y radiografías dentales y, cuando sea necesario, ser remitidos a proveedores médicos para evaluar las causas sistémicas, como los defectos cualitativos/cuantitativos de los neutrófilos, leucemias, hipofosfatasa, histiocitosis de células de Langerhan X y síndrome de Papillon-Lefèvre.

Recomendaciones de la IAPD

1. Cada revisión dental debe incluir la documentación de la salud de la gingiva, el periodonto y la movilidad de los dientes. Una vez establecida la dentición permanente, las revisiones dentales pueden incluir el sondeo para confirmar los niveles de hueso alveolar sano. Las radiografías dentales adecuadas son un complemento para documentar la salud del alvéolo; las fotografías clínicas son útiles para documentar y controlar el estado periodontal.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 94%

2. La etiología de la gingivitis generalizada debe ser considerada como una higiene bucal deficiente o de origen viral. Si la gingivitis generalizada con la mejora de la higiene bucal persiste más allá de dos semanas, se puede considerar una causa sistémica no viral.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 88%

3. El diagnóstico diferencial de la gingivitis persistente y severa debe incluir la derivación médica adecuada para evaluar la posibilidad de neutropenia cíclica, la neutropenia idiopática crónica y las leucemias

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 88%

4. Para ayudar a clasificar a un niño/una niña que presenta enfermedad periodontal pediátrica, puede utilizarse la Matriz Periodontal Pediátrica Keels-Quinonez para ayudar a identificar el diagnóstico.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 75%

5. Un/una niño/a con pérdida prematura inexplicable

de un incisivo primario antes de los 4 años debe ser evaluado/a con el fin de detectar hipofosfatasa.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 85%

6. Un bebé con molares natales o neonatales debe ser evaluado con el fin de detectar la presencia de Histiocitosis X de Células de Langerhans.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 62%

7. Un/una niño/a con inflamación gingival persistente más allá de dos semanas, puede requerir un cultivo periodontal para ayudar a evaluar las cepas anaeróbicas de bacterias que pueden estar desencadenando una respuesta inmune agresiva, como en el síndrome de Papillon-Lefèvre o contribuir a la inflamación y la pérdida ósea como en las neutropenias.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 81%

8. El seguimiento de la salud gingival y periodontal de los pacientes con diagnóstico de enfermedad sistémica es un marcador crítico para la adherencia, así como para la eficacia de cualquier medicación utilizada para mejorar la respuesta inmunitaria.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 88%

Matriz de la enfermedad periodontal pediátrica

Copyright MA Keels y RB Quinonez, 2003

	Hueso Saludable (sin pérdida de hueso alveolar)	Hueso enfermo (pérdida de hueso alveolar)
Gingiva Saludable (rosa, firme, punteada)	Gingiva sana y sin pérdida ósea	Gingiva sana y pérdida ósea Hipofosfatasa ** Enfermedad periodontal pediátrica no concluyente (LJP) * Displasia de la dentina tipo I Post Avulsión / Extracción
Gingiva enferma (eritematosa, hemorrágica)	Gingiva no sana y sin pérdida de hueso Gingivitis Gingivitis relacionada con la erupción Lesión facticia Gingivitis del respirador bucal Gingiva mínimamente adherida Fibromatosis gingival Gingivostomatitis herpética Gingivitis necrotizante aguda (ANUG) Trombocitopenia Leucemia (LMA / LLA) Anemia aplásica VIH Acroдинia Deficiencia de vitamina C Deficiencia de vitamina K	Gingiva no saludable y pérdida ósea Defecto cuantitativo de neutrófilos: (agranulocitosis, neutropenia cíclica, neutropenia crónica idiopática) * Defecto cualitativo de neutrófilos: (Deficiencia de adhesión de leucocitos)* Enfermedad periodontal pediátrica no concluyente (LJP) * Histiocitosis X de células de Langerhan *** Síndrome de Papillon-Lefèvre * Diabetes Mellitus * Síndrome de Down * Síndrome de Chédiak-Higashi * Enfermedad granulomatosa crónica * Tuberculosis * Ehlers-Danlos (Tipo VIII) * Osteomielitis *

* Se necesita cultivo bacteriológico y de sensibilidad ** Se necesita una biopsia de diente *** Se necesita una biopsia gingival