

# Malattia parodontale pediatrica: Articoli e raccomandazioni fondamentali

- Byrd G, Quinonez RB, Offenbacher 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

## Concetti di base

Per gli odontoiatri pediatrici è fondamentale valutare la salute gengivale e parodontale dei pazienti. Non è raro diagnosticare la gengivite nei pazienti pediatrici, soprattutto a causa della scarsa igiene orale. Ci sono, tuttavia, bambini che possono presentare una grave gengivite generalizzata refrattaria, una mobilità dentale inspiegabile e/o una perdita di osso alveolare. Questi bambini devono essere seguiti con

una documentazione accurata, fotografie cliniche e radiografie dentali e, se necessario, indirizzati a medici per valutare cause sistemiche come difetti qualitativi/quantitativi dei neutrofilii, leucemie, ipofosfatasi, istiocitosi X a cellule di Langerhans e sindrome di Papillon-Lefèvre.

## Raccomandazioni IAPD

**1.** Ogni visita odontoiatrica comprende la documentazione della salute della gengiva, del parodonto e della mobilità dei denti. Una volta in arcata la dentizione permanente, le visite odontoiatriche possono includere sondaggi parodontali per confermare i livelli di osso alveolare sano. Radiografie dentali, se necessarie, sono un complemento per documentare la salute dell'alveolo; le fotografie cliniche sono utili per documentare e monitorare la condizione parodontale.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 94%

**2.** La scarsa igiene orale o l'origine virale devono essere considerate come l'eziologia della gengivite generalizzata. Se la gengivite generalizzata persiste oltre le due settimane nonostante il miglioramento dell'igiene orale, si può prendere in considerazione una causa sistemica non virale.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 88%

**3.** La diagnosi differenziale di una gengivite persistente e grave deve includere un appropriato consulto medico per valutare la presenza di neutropenia ciclica, neutropenia cronica idiopatica e leucemie.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 88%

**4.** Per facilitare il triage di un bambino che presenta una malattia parodontale pediatrica, è possibile utilizzare la 'Pediatric Periodontal Matrix' di Keels-Quinonez per facilitare la diagnosi.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 75%

**5.** Un bambino con perdita prematura e inspiegabile di un incisivo primario prima dei 4 anni deve essere valutato per ipofosfatasi.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 85%

**6.** Un neonato con un molare presente alla nascita (natale) o eretto nel primo mese di vita (neonatale) deve essere valutato per l'istiocitosi X a cellule di Langerhans.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 62%

**7.** Un bambino con infiammazione gengivale persistente oltre le due settimane può richiedere una coltura parodontale per valutare i ceppi batterici anaerobi presenti che possono scatenare una risposta immunitaria aggressiva, come nella sindrome di Papillon-Lefèvre, o contribuire all'infiammazione e alla perdita ossea, come nelle neutropenie.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 81%

**8.** Il monitoraggio della salute gengivale e parodontale dei pazienti con una diagnosi di malattia sistemica è un indicatore critico per la compliance e l'efficacia di qualsiasi farmaco utilizzato per potenziare la risposta immunitaria.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 88%

## Pediatric Periodontal Disease Matrix

Copyright MA Keels and RB Quinonez, 2003

	<b>Osso sano (nessuna perdita di osso alveolare)</b>	<b>Osso patologico (perdita di osso alveolare)</b>
<b>Gengiva sana (rosa, salda, a buccia d'arancia)</b>	<b>Gengiva sana e assenza di perdita ossea</b>	<b>Gengiva sana e perdita ossea</b> Ipofofosfatasia ** Malattia Parodontale Pediatrica inconclusiva (LJP) * Displasia dentinale di tipo I Post avulsione/estrazione
<b>Gengiva patologica (eritematosa, emorragica)</b>	<b>Gengiva non sana e nessuna perdita ossea</b> Gengivite Gengivite correlata all'eruzione Lesione Indotta Gengivite da respirazione orale Gengiva con attacco minimo Fibromatosi gengivale Gengivostomatite erpetica Gengivite ulcero-necrotica acuta Trombocitopenia Leucemia (AML / ALL) Anemia aplastica HIV Acrodinia Carenza di vitamina C Carenza di vitamina K	<b>Gengiva non sana e perdita ossea</b> Difetto quantitativo dei neutrofili: (agranulocitosi, neutropenia ciclica, neutropenia cronica idiopatica) * Difetto qualitativo dei neutrofili: (Deficit di adesione dei leucociti) * Malattia Parodontale Pediatrica Inconclusiva (LJP) * Istiocitosi X a cellule di Langerhans *** Sindrome di Papillon-Lefèvre * Diabete mellito * Sindrome di Down * Sindrome di Chédiak-Higashi * Malattia granulomatosa cronica * Tubercolosi * Sindrome di Ehlers-Danlos (Tipo VIII) * Osteomielite *

\* coltura e sensibilità batteriologica necessarie    \*\* biopsia del dente necessaria    \*\*\* biopsia gengivale necessaria