

Boala Parodontală la Copii: Articole de Fond și Recomandări

- 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

Introducere

Este foarte important ca medicul stomatolog pediater să evalueze sănătatea gingivală și a parodontiului pacienților pediatrici. Gingivita este frecvent diagnosticată la copii, în special din cauza igienei orale deficitare. Totuși, unii copii pot prezenta gingivită severă generalizată refractară, mobilitate dentară inexplicabilă și/sau pierdere osoasă alveolară. Acești

pacienți necesită monitorizare atentă, documentare amănunțită (fotografii intraorale, radiografii dentare) și, dacă este cazul, trebuie trimiși către alte specialități medicale pentru evaluarea eventualelor cauze sistemice, precum defecte calitative/ cantitative ale neutrofilelor, leucemii, hipofosfatazie, histiocitoză X cu celule Langerhans sau Sindromul Papillon-Lefèvre.

Recomandările IAPD

1. Fiecare examinare dentară trebuie să includă documentarea sănătății gingivale, parodontale și a mobilității dentare. După erupția tuturor dinților permanenți, examinările dentare pot include sondarea parodontală pentru confirmarea nivelurilor osoase alveolare sănătoase. Radiografiile dentare adecvate sunt complementare pentru documentarea sănătății alveolei dentare, iar fotografiile intraorale sunt utile pentru documentarea și monitorizarea stării parodontiului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

2. Etiologia gingivitei generalizate trebuie să ia în considerare igiena orală deficitară sau existența unor factori virali. Dacă gingivita generalizată persistă mai mult de două săptămâni, în ciuda îmbunătățirii igienei orale, poate fi luată în considerare o posibilă cauză sistemică non-virală.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

3. Diagnosticul diferențial al gingivitei persistente severe se face prin colaborarea cu alți medici specialiști care vor investiga existența unor afecțiuni precum neutropenia ciclică, neutropenia idiopatică cronică și leucemiile.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

4. Șablonul Pediatric Parodontal Keels-Quinonez poate fi utilizat pentru diagnosticarea corectă a bolii

parodontale la copii.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 75%

5. Un copil cu pierdere prematură inexplicabilă a unui incisiv temporar înainte de vârsta de 4 ani trebuie investigat pentru hipofosfatazie.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 85%

6. Un sugar cu molari natali sau neonatali trebuie evaluat pentru histiocitoza X cu celule Langerhans.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 62%

7. Un copil cu inflamație gingivală care persistă mai mult de două săptămâni poate necesita realizarea unor culturi parodontale pentru evaluarea tulpinilor bacteriene anaerobe care pot declanșa un răspuns imun agresiv, ca în Sindromul Papillon-Lefèvre, sau care contribuie la inflamație și la pierderea osoasă, cum este cazul neutropeniilor.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 81%

8. Monitorizarea sănătății gingivale și parodontale a pacienților cu diagnostic de boală sistemică este un marker critic al complianței pacienților, dar și al eficacității oricărui medicament utilizat pentru îmbunătățirea răspunsului imun.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

Șablonul Bolilor Parodontale Pediatriche

Copyright MA Keels y RB Quinonez, 2003

	Os Sănătos (fără pierdere de os alveolar)	Os Bolnav (cu pierdere de os alveolar)
Gingie Sănătoasă (roz, fermă, aspect de coajă de portocală)	Gingie sănătoasă fără pierdere de os alveolar	Gingie sănătoasă cu pierdere de os alveolar Hipofosfatazie ** Boală Parodontală Pediatrică Neconcludentă (LJP) * Displazie Dentinară de Tip I După Avulsie/Extracție
Gingie Bolnavă (eritematoasă, hemoragică)	Gingie bolnavă fără pierdere de os alveolar Gingivită Gingivita respiratorilor orali Fibromatoză Gingivală Gingivo-stomatită ulcero-necrotică (ANUG) Leucemie (AML / ALL) HIV Deficit de vitamina C Gingivită de erupție Leziuni auto-induse Gingie minim-atașată Gingivo-stomatită herpetică Trombocitopenia Anemie aplastică Acrodinie Deficit de vitamina K Trombocitopenie	Gingie bolnavă, cu pierdere de os alveolar Defect cantitativ al neutrofilelor: (agranulocitoză, neutropenie ciclică, neutropenie cronică idiopatică)* Defect calitativ al neutrofilelor: (Deficiență de adeziune leucocitară)* Boală Parodontală Pediatrică Neconcludentă(LJP) * Histiocitoză X cu celule Langerhans *** Syndrom Papillon-Lefèvre * Diabet Zaharat * Sindrom Down * Sindrom Chédiak-Higashi * Boală Granulomatoasă Cronică * Tuberculoză * Ehlers-Danlos (Tip VIII) * Osteomielită *

* Sunt necesare culturi bacteriene și teste de sensibilitate ** Este necesară biopsia dentară *** Este necesară biopsia gingivală