



Colegiul Medicilor Stomatologi
ROMÂNIA

GHIDUL DE PRACTICĂ CLINICĂ
ÎN STOMATOLOGIA PEDIATRICĂ

2 0 2 6



Acest ghid se bazează pe Recomandările Asociației Internaționale de Stomatologie Pediatrică (IAPD) privind stomatologia restaurativă la copii, ediția 2022.

Utilizat cu permisiunea IAPD.

Susținut de Asociația Națională de Stomatologie Pediatrică din România



The Global Voice for Children's Oral Health





DISCLAIMER

Scopul ghidului

Prezentul ghid clinic a fost elaborat cu scopul de a sprijini personalul medical în procesul de luare a deciziilor terapeutice în cazul pacienților cu afecțiuni din sfera orală, care necesită tratament chirurgical. Ghidul oferă recomandări de bună practică medicală bazate pe dovezi științifice publicate, destinate medicilor stomatologi și specialiștilor din domeniul medico-dentar, în conformitate cu competențele profesionale ale acestora.

Populația țintă

Populația vizată de acest ghid este reprezentată de copii și adolescenți.

Aplicabilitate și limite

Deși ghidurile clinice constituie o bază solidă pentru practica medicală, ele nu sunt menite să înlocuiască raționamentul profesional individual. Decizia medicală este un proces complex și integrativ, care trebuie să țină cont de circumstanțele clinice particulare, opțiunile și acordul pacientului, precum și de condițiile tehnice și dotările disponibile în unitățile medicale.

Fiecare practician are responsabilitatea de a adapta recomandările ghidului în funcție de contextul clinic specific și de a utiliza discernământul profesional în stabilirea diagnosticului, a planului terapeutic și a măsurilor de urmărire sau tratament.

Precizări privind responsabilitatea

Instituțiile și specialiștii implicați în elaborarea acestui ghid au depus toate eforturile pentru a asigura acuratețea și fundamentarea științifică a informațiilor prezentate. Cu toate acestea, având în vedere posibilitatea erorilor umane și progresul continuu al cunoștințelor medicale, nu se poate garanta că informațiile sunt exhaustive sau lipsite de inexactități.

Recomandările reflectă consensul autorilor asupra abordărilor terapeutice considerate adecvate la momentul redactării ghidului. Instituțiile și persoanele implicate nu își asumă responsabilitatea legală pentru eventualele erori, interpretări greșite, eficiența clinică sau rezultatele obținute prin aplicarea recomandărilor prezentate.

Revizuire și actualizare

Acest ghid, la fel ca toate ghidurile clinice, face obiectul unui proces continuu de revizuire și actualizare, în funcție de noile dovezi științifice și de evoluția practicilor medicale.



CUPRINS

1. **Înțelegerea Indicatorilor de Calitate a Dovezilor și a Procentului de Acord Asociat cu Recomandările IAPD** • pag. 04
2. **Stomatologia Restaurativă la Copii: Articole de Fond și Recomandări Bazate pe Consens** • pag. 05
3. **Stomatologia Minim Invazivă: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 08
4. **Anomaliile Dentare: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 10
5. **Managementul Anchiloglosiei: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 14
6. **Utilizarea Fluorului pentru Prevenirea Cariilor: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 17
7. **Ghidarea Comportamentului la Pacienții Pediatrici în Stomatologie: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 19
8. **Managementul Eroziunii Dentare: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 22
9. **Utilizarea Terapiei Antibiotice în Stomatologia Pediatrică: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 25
10. **Considerații Etice în Stomatologia Pediatrică: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 28
11. **Managementul Cariei Precoce a Copilăriei: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 31
12. **Dieta și Cariile Dentare: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 34
13. **Terapia Pulpară pentru Dinții Temporari și Permanenți Tineri: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 37
14. **Evaluarea Riscului Carios și Modalități de Îngrijire: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 42
15. **Tehnica Hall pentru Aplicarea Coroanelor pe Molarii Temporari: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 45
16. **Anestezia Locală în Stomatologia Pediatrică: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 47
17. **Managementul Hipomineralizării Molar-Incisiv (MIH): Articole de Fond și Recomandări** • pag. 51
18. **Managementul Dentiției în Perioada de Dezvoltare: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 54
19. **Tratamentul Restaurativ Atraumatic (ART): Articole de Fond și Recomandări** • pag. 58
20. **Tratamentul pentru Copiii cu Nevoi Speciale: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 61
21. **Boala Parodontală la Copii: Articole de Fond și Recomandări** • pag. 65



1. ÎNȚELEGEREA INDICATORILOR DE CALITATE A DOVEZILOR ȘI A PROCENTULUI DE ACORD ASOCIAT CU RECOMANDĂRILE IAPD

Calitatea Dovezilor (evaluată de Comitetul Științific IAPD)

Declarații bazate pe consens se bazează pe dovezi furnizate de opinia experților Comitetului Științific al IAPD sau de alte documente ce atestă opinii ale experților, cum ar fi documentele “Best Practices” ale AAPD.

Recomandări bazate pe consens - se bazează pe dovezi de înaltă calitate publicate, precum studii clinice sau meta-analize ale studiilor clinice.

Recomandări bazate pe dovezi - se sprijină pe ghiduri de practică clinică publicate, care reprezintă cel mai înalt nivel de dovezi, fiind întemeiate pe review-uri sistematice sau pe o analiză a review-urilor sistematice pentru a răspunde unor întrebări prestabilite. Ghidurile de practică clinică evaluează, de asemenea, nivelul de certitudine al dovezilor, valorile/preferințele pacienților, alocarea resurselor și acceptabilitatea/fezabilitatea unei intervenții.

Procentul de Acord Global

Fiecare Declarație sau Recomandare bazată pe Consens a IAPD a fost evaluată pentru a determina aplicabilitatea în practica clinică la nivel global. Șaptezeci și nouă de membri ai IAPD, distribuiți internațional, au analizat ghidurile și au evaluat recomandările utilizând o scală Likert cu 9 puncte, de la „total acord” la „total dezacord”. Numărul mediu de evaluatori pentru fiecare recomandare a fost 23. Procentul de acord (aprobare moderată/aprobare majoritară/aprobare completă) reflectă concordanța dintre declarația/recomandarea bazată pe consens și practicile globale curente. Recomandările IAPD care, după re-evaluare, nu au atins un procent de acord de 70% sau mai mare au fost considerate ca neavând acord global și au fost eliminate. Recomandările IAPD clasificate drept „recomandări bazate pe dovezi sau „susținute de alte organizații” nu au fost punctate (Not Applicable, N/A), deoarece acestea sunt deja standarde de îngrijire bazate pe review-uri sistematice.



2. STOMATOLOGIA RESTAURATIVĂ LA COPII: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI BAZATE PE CONSENS

Frencken JE, Liang S, Zhang Q. Survival estimates of atraumatic restorative treatment versus traditional restorative treatment: a systematic review with meta-analyses. *Br Dent J.* 2021 Apr 21.

Available at:

<https://www.nature.com/articles/s41415-021-2701-0.pdf>

Accessed Sept. 25, 2021.

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on interim therapeutic restorations (ITR). 2017.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_itr.pdf

Accessed Oct. 25, 2021.

American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric restorative dentistry. 2019.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_restoratedent.pdf?v=new

Accessed Oct. 25, 2021.

Peric T, Markovic E, Markovic D, Petrovic B. Meta-Analysis of In-Vitro Bonding of Glass-Ionomer Restorative Materials to Primary Teeth. *Materials* 2021;14,3915. <https://doi.org/10.3390/ma14143915>

Ortiz-Ruiz AJ, Pérez-Guzmán, N., Rubio-Aparicio M. et al. Success rate of proximal tooth-coloured direct restorations in primary teeth at 24 months: a meta-analysis. *Sci Rep.* 2020, 10, 6409 (2020).

Available at:

<https://www.nature.com/articles/s41598-020-63497-4.pdf>

Accessed, Sept. 25, 2021.

Sigal AV, Sigal MJ, Titley KC, Andrews PB. Stainless steel crowns as a restoration for permanent posterior teeth in people with special needs: A retrospective study. *J Am Dent Assoc.* 2020;151(2):136-144.

Alrashdi M, Ardoin J, Liu JA. Zirconia crowns for children: A systematic review. *Int J Paediatr Dent.* 2021. DOI: 10.1111/ipd.12793



INTRODUCERE

Gestionarea contemporană a cariilor dentare include identificarea riscului individual de evoluție al cariilor, înțelegerea mecanismului bolii carioase pentru fiecare individ și gestionarea prin servicii preventive adecvate, completate cu terapie restaurativă acolo unde este cazul. Beneficiile terapiei restaurative includ următoarele: menținerea vitalității dintelui, eliminarea cavitațiilor sau defectelor pentru reducerea zonelor susceptibile la carii, restaurarea integrității structurii dentare, împiedicarea răspândirii infecției către pulpa dentară, prevenirea migrării dinților ca urmare a pierderii de țesuturi dentare. Riscurile terapiei restaurative includ următoarele: reducerea longevității dinților, făcându-i mai susceptibili la fracturi, apariția leziunilor recurente, expunerea pulpei dentare în timpul îndepărtării țesutului cariat, complicații pulpare ulterioare, și deteriorări iatrogene ale dinților adiacenți.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Cementurile glass-ionomer cu vâscozitate mare pot fi utilizate în tratamentele restaurative atraumatice (ART) sau în restaurările terapeutice provizorii (ITR), ca alternativă la tratamentul convențional al dinților temporari. ART/ITR poate fi folosit pentru controlul cariilor la copiii care nu sunt cooperanți pentru tratamente de durată sau pentru tratamentul leziunilor carioase multiple, ca pas preliminar restaurării de durată.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

2. Cementurile glass-ionomer și materialele restaurative cu glass-ionomeri modificați cu rășină pot fi utilizate pentru restaurări pe o singură suprafață dentară la dinții posteriori temporari și permanenți.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 87%

3. Acolo unde reglementările locale permit * și în absența altor contraindicații, amalgamul dentar poate fi utilizat pentru restaurare. Decizia de a utiliza amalgamul de argint se va lua împreună cu pacientul, pe baza evaluării cazului clinic.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 70%



4. Coroanele metalice prefabricate, datorită longevității lor mai mari, pot fi recomandate copiilor cu risc crescut, care prezintă leziuni cavitare întinse sau care sunt localizate pe mai multe suprafețe ale molarilor temporari, aceasta în special la copiii a căror reabilitare dentară în totalitate se face sub anestezie generală.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 95%

5. Coroanele metalice prefabricate pot fi utilizate ca restaurări semi-permanente la dinții permanenți cu leziuni carioase mari sau cu defecte severe ale smalțului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 95%

6. Coroanele din zirconiu sunt o alternativă estetică la coroanele metalice prefabricate și pot fi utilizate pentru dinții cu indicații similare cu cele ale corodelor metalice prefabricate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 79%

*<https://legislatie.just.ro/public/DetaliiDocument/221898>

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Restorative Dentistry in Children, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_01_restorative-dentistry-in-children.



3. STOMATOLOGIA MINIM INVAZIVĂ: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Chatzimarkou S, Koletsi D, Kavvadia K. The effect of resin infiltration on proximal caries lesions in primary and permanent teeth. A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Journal Dentistry* 2018; 77:8-17. Coelho Leal, S. Minimal intervention dentistry in the management of the paediatric patient. *Brit Dent J* 2014; 216(11):623-7.

Crystal YO, Marghalani AA, Ureles SD, et al. Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. *Pediatr Dent.* 2017, 15;39(5):135-145

Damian H, Monika HZ, Spyridon NP, Theodore E. Interventions for orthodontically induced white spot lesions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthodont*, 2017; 39(2):122-133.

Feartherstone JBD. Dental caries – a dynamic disease process. *Australian Dent J*, 2008;53(3): 286-291.

Frencken JE, Peters Mc, Manton DJ, et al. Minimal intervention dentistry for managing dental caries. *Int Dent J.* 2012 62(5):223-243.

Innes NPT, Chu CH, Fontana M, et al. A century of change towards prevention and minimal intervention in cariology. *J Dent Res.* 2019; 98(6): 611–617.

Innes NPT, Frencken JE, Bjørndal L et al. Managing carious lesions: Consensus recommendations on terminology. *Adv Dent Research* 2016; 28(2): 49-57.

Jingawar MM, Bajwa NK, Palhak A. Minimal intervention dentistry – a new frontier in clinical dentistry. *J Clin Dent Res*, 2014; 8(7): ZEO4- ZEO8.

Li T, Zhai X, Song F, Zhu H. Selective versus non-selective removal for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Odontol Scand*, 2018; 76 (2): 135–140.

Liang Y, Deng Z, Dai X, Tian J, Zhao W. Micro-invasive interventions for managing non-cavitated proximal caries of different depths: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*, 2018; 22:2675–2684.

Mickanautsch S, Yengopal V, Benerjee A. Atraumatic restorations longevity: a systematic review. *Clin Oral Investig*, 2010;14: 233-240.

Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal, et al. Managing carious lesions. *Adv Dent Research*, 2016; 28(2):49-57.

Slayton, RL, Urquhart O, Araujo MWB, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions. *JADA* 2018;149(10):837-849.

Trieu A, Mohamed A, Lynch E. Silver diamine fluoride versus sodium fluoride for arresting dentine caries in children: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 2018; 9:2115.

Tyas MJ, Anusavice KJ, Frencken JE, Mount GJ. Minimal intervention dentistry – a review. *FDI Commission Project* 1-97. *Int Dent J* 2000;50:1-12.

Weerheijm KL, Groen HJ. The residual caries dilemma. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1999; 27:436-441.



INTRODUCERE

Stomatologia minim invazivă se concentrează pe procedurile de stopare a progresiei cariilor, mai degrabă decât pe îndepărtarea țesuturilor dentare afectate de carie. Strategiile acestei abordări includ detectarea precoce a cariilor și evaluarea riscului la carie, remineralizarea smalțului și dentinei demineralizate, implementarea măsurilor optime de carioprevenție, îndepărtarea minim invazivă a țesuturilor cariate și repararea restaurărilor existente mai degrabă decât înlocuirea acestora.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Stomatologia minim invazivă ar trebui să fie completată de măsuri preventive pentru stoparea cariilor, care includ aplicarea topică de fluor și utilizarea sigilanților pentru șanțuri și fosete. Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

2. Utilizarea fluorurii de diamino-argint (SDF) este eficientă în stoparea leziunilor carioase cavitare. Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

3. Abordările minim invazive, precum metodele de infiltrare, sunt eficiente în gestionarea leziunilor dentinare non-cavitare proximale.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 82%

4. Atunci când este necesară îndepărtarea chirurgicală a țesutului dentar cariat, ar trebui să se pună accent pe un design minim al cavităților, îndepărtarea conservatoare a dentinei cariate din apropierea pulpei și utilizarea materialelor restaurative adezive pentru a restabili forma și funcția dintelui. Recomandare bazată pe consens > Acord global: 78%



4. ANOMALIILE DENTARE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Ashkenazi M, Greenberg BP, Chodik G, Rakocz M. Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 May;131(5):61.

Dashash M, Yeung CA, Jamous I, Blinkhorn A. Interventions for the restorative care of amelogenesis imperfecta in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007157.

Depprich RA, Ommerborn MA, Handschel JG, Naujoks CD, Meyer U, Kübler NR. Dentin dysplasia type I: a challenge for treatment with dental implants. *Head Face Med.* 2007;3:31. Published 2007 Aug 22. doi:10.1186/1746-160X-3-31.

Gallacher A, Ali R, Bhakta S. Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. *Br Dent J.* 2016;221:383-7.

Garrocho-Rangel A, Dávila-Zapata I, Martínez-Rider R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A. Dentinogenesis Imperfecta Type II in Children: A Scoping Review. *J Clin Pediatr Dent.* 2019;43(3):147-154.

Gill DS, Barker CS. The multidisciplinary management of hypodontia: a team approach. *Br Dent J* 2015;218:143-9.

Hobkirk JA, Gill D S, Jones S P, Hemmings KW, Bassi G S, O'Donnell A L, Goodman J R. Hypodontia: a team approach to management. Wiley-Blackwell. 2011

Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *European journal of paediatric dentistry*, 2013-03, Vol.14 (1), p.27-32.

Krug R, Volland J, Reich S, Soliman S, Connert T, Krastl G. Guided endodontic treatment of multiple teeth with dentin dysplasia: a case report. *Head & Face Medicine.* 2020;16(1):27.

Leith R, O'Connell AC. Selective Reduction of Talon Cusps- A Case Series. *J Clin Pediatr Dent.* 2018;42(1):1-5.

Patel M, McDonnell ST, Iram S, Chan MF. Amelogenesis imperfecta - lifelong management. Restorative management of the adult patient. *Br Dent J.* 2013 Nov 8;215(9):449-57.

Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G. Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Dec 10;13:197.

Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. *PLoS One.* 2016 Jun 30;11(6).

Smail-Faugeron V, Picou Rollin J, Muller Bolla M, Courson F. Management of non-syndromic dens evaginatus affecting permanent maxillary central incisors: a systematic review. *BMJ Case Rep* 2016. doi: 10.1136/bcr-2016- 216672.

Venezie RD, Vadiakas G, Christensen JR, Wright JT. Enamel pretreatment with sodium hypochlorite to enhance bonding in hypocalcified amelogenesis imperfecta: case report and SEM analysis. *Pediatr Dent* 1994; 16: 433-436.



INTRODUCERE

Amelogeneza imperfectă (AI) se referă la un grup de tulburări genetice care afectează smalțul dentar. Diagnosticul AI se bazează în mod obișnuit pe fenotip, istoricul medical și familial. Caracteristicile clinice asociate cu AI pot include: sensibilitate dentară, acumulare de tartru, distrucții coronare post-eruptive, probleme estetice, reducerea dimensiunii verticale, dificultăți la masticatie, risc crescut de carii, aderență redusă a materialelor restaurative, erupție întârziată sau eșec al erupției, resorbție coronară pre-eruptivă și ocluzie deschisă frontală.

Dentinogeneza imperfectă (DI) este un grup de afecțiuni transmise autosomal dominant caracterizate prin formarea deficitară a dentinei, afectând dentiția temporară și permanentă. Clasificarea clasică a lui Shield împarte acest grup de tulburări astfel: Tipul 1: DI asociată cu osteogeneza imperfectă (OI); Tipul 2: DI fără asociere cu OI; Tipul 3: DI rară, caracterizată prin dentină coronară și radiculară subțire și abraziune severă care poate duce la abcese pulpare. Displazia dentinară este o afecțiune cu transmitere autosomal dominantă care afectează atât dentiția temporară, cât și cea permanentă. Dinții afectați prezintă rădăcini scurte sau absente, camere pulpare obliterate și radiotransparențe periapicale.

Hipodontia este definită prin absența unuia sau mai multor dinți, cu excepția molarilor de minte. Hipodontia se poate asocia cu: dinți conici, microdonție, erupție întârziată, erupție ectopică, anchiloză, dinți temporari în reocluzie, abraziunea dinților temporari și dezvoltare redusă a osului alveolar. Problemele asociate includ adesea deficiențe estetice, funcția masticatorie compromisă și un impact psihosocial negativ.

Dinții supranumerari sunt dinți sau structuri asemănătoare dinților care apar suplimentar față de numărul normal de dinți temporari și permanenți. Caracteristicile asociate pot include: erupție întârziată sau eșec al erupției dinților permanenți, înghesuiri dentare, rotații sau poziția ectopică a dinților permanenți, malformații radiculare, formarea de chisturi ale dinților supranumerari neerupți.

Dens evaginatus sunt formațiuni asemănătoare cuspizilor care conțin smalț, dentină și, ocazional, pulpă dentară. Dens invaginatus este definit prin dezvoltarea complexului de smalț, dentină și pulpă în spațiul pulpar.

Dinții nali sunt prezenți la naștere, iar dinții neonatali erup în primele 30 de zile de viață. Majoritatea dinților nali și neonatali reprezintă o erupție precoce a dinților temporari. Complicațiile includ iritație sau traumă la nivelul limbii sugarilor, ulceratii sublinguale, laceratii ale mameloanelor materne și aspirația dinților.



RECOMANDĂRILE IAPD

1. Managementul amelogenezei imperfecte la dinții permanenți poate include:

a. Managementul sensibilității dentare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

b. Utilizarea procedurilor estetice, cum ar fi albirea, fațetele din compozit sau ceramică.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 72%

c. Intervenții timpurii cu restaurări din compozit, fațete și coroane din oțel inoxidabil, coroane metalice turnate sau coroane ceramice.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 74%

2. Managementul dentinogenezei imperfecte la dinții permanenți poate include: intervenții timpurii cu restaurări din compozit, coroane din oțel inoxidabil, coroane metalice turnate sau coroane ceramice și supraprotezări pentru prevenirea pierderii dimensiunii verticale de ocluzie.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

3. Managementul displaziei dentinare la dinții permanenți poate include:

a. Tratamentul endodontic convențional, care este adesea dificil sau imposibil de realizat în cazul dinților cu obliterare totală a canalelor radiculare și a camerelor pulpare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 78%

b. Reabilitarea orală cu proteze mobile după extracții sau realizarea de grefe osoase cu sinus lift care pot fi necesare pentru inserarea implanturilor la vârsta corespunzătoare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

4. Managementul problemelor clinice asociate hipodonției la dinții permanenți poate include:

a. Aplicarea restaurărilor din materiale compozite, coroane din oțel inoxidabil, coroane metalice turnate sau coroane ceramice și a fațetelor în cazul dinților conici, nanici și a abraziunii dentare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

b. Utilizarea protezelor mobile, punților adezive din rășină, supraprotezelor, autotransplanturilor dentare și/sau implanturilor dentare pentru înlocuirea dinților absenți.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 77%



5. Managementul dinților supranumerari poate include:

- a.** Monitorizarea prin examinări radiologice periodice dacă nu există complicații asociate și nu este planificat un tratament ortodontic.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

- b.** Extracția dinților supranumerari, cu sau fără expunere chirurgicală, dacă nu sunt aliniați pe arcadă sau dacă necesită intervenție ortodontică.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 78%

6. Managementul dens evaginatus poate include:

- a.** Monitorizare și sigilarea șanțurilor și fosetelor, dacă nu există complicații asociate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

- b.** Reducerea progresivă selectivă a dens evaginatus pentru prevenirea complicațiilor, luând în considerare riscul de expunere pulpară și necesitatea protecției pulpei.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 87%

- c.** Îndepărtarea dens evaginatus dacă sunt prezente complicații, luând în considerare posibilitatea expunerii pulpare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 72%

7. Managementul dens invaginatus poate include:

- a.** Sigilarea șanțurilor și fosetelor și monitorizare, dacă dintele este vital.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

- b.** Îndepărtarea țesutului cariat și restaurarea adecvată dacă există carii.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 95%

- c.** Tratament endodontic, în funcție de cooperarea pacientului, dacă pulpa se mortifică.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 85%

8. Managementul dinților natali și neonatali poate include:

- a.** Extracția dacă dintele este supranumerar, foarte mobil sau dacă interferă cu alăptarea.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

- b.** Dacă este posibil, acoperirea porțiunii incizale a dintelui cu rășină compozită sau netezirea marginii incizale dacă dintele interferă cu alăptarea.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 70%



5. MANAGEMENTUL ANCHIOLOGOSIEI: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J* 2006;1-3.

Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:189-93.

Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB. A dramatic increase in tongue tie-related articles: A 67 years systematic review. *Breastfeed Med* 2017;12:410-4.

Coryllos E, Genna CW, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *AAP section on breastfeeding*, 2004.

Available at:

<http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/BBM-8-27%20Newsletter.pdf>

<https://www.researchgate.net/publication/301346077>

Accessed May 16, 2020.

Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41:246-50.

Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: Clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent*. 2005;27:40-6.

Lalakea ML, Messner AH. Frenotomy and frenuloplasty: If, when and how. *Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2002;13:93-7.

Marchesan IQ. Lingual frenulum: quantitative evaluation proposal. *Int J Orofacial Myology* 2005;31:39-48.

Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, et al. Clinical consensus statement: Ankyloglossia in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162:597-611.

Mills N, Pransky SM, Geddes DT, and Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ- lingual frenulum. *Clin Anat*. 2019;32:749-61.

Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM and Mirjalili SA. Defining the Anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat*. 2019;32:824-35.

Miranda PP, Cardoso CL, Gomes E. Interventions on the alterations on lingual frenulum: systematic review. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2016;20:275-80.

Obladen M. Much ado about nothing: Two millennia of controversy on tongue-tie. *Neonatology* 2010;97:83-9.

O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11;3:CD011065.

Varadan M, Chopra A, Sanghavi AD, Sivaraman K, Gupta K. Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2019;120:549-53.



INTRODUCERE

Anchiloglosia, cunoscută sub numele de „limbă scurtă” (tongue-tie), se referă la un fren lingual anormal de scurt, îngroșat sau tensionat, care prezintă o modificare a inserției și fixării sale, de obicei spre vârful limbii. Diagnosticul se bazează pe evaluarea structurii și funcției frenului lingual, variind de la simpla inspecție vizuală și/sau palparea frenului până la utilizarea unor sisteme complexe de clasificare bazate pe scale multiple. Copiii cu anchiloglosie pot avea o mobilitate redusă a limbii, ceea ce poate duce la dificultăți în vorbire sau alimentație. Dovezile că frenectomia (îndepărtarea frenului lingual) ajută la corectarea tulburărilor de vorbire și la reducerea malocluziilor, la îmbunătățirea utilizării limbii pentru lins și menținerea igienei orale, la reducerea riscului de carii, a diastemei interincisive, a tensiunii țesuturilor din zona linguală a incisivilor inferiori, a apneei de somn și impactului social negativ sunt limitate.

Anchiloglosia este prezentă la 0,1% până la 11% dintre nou-născuți. Factorii de risc includ sexul masculin (raport 3:1) și istoricul familial. Se poate asocia cu probleme de alăptare, datorită dificultății de atașare sau menținere la sân, precum și cu durerea la nivelul mameloanelor la mamă. În ultimii ani, pe măsură ce alăptarea a fost promovată ca metoda principală de hrănire a sugarilor, justificarea frenotomiei (simpla incizie a frenului lingual) s-a modificat, concentrându-se mai puțin pe îmbunătățirea problemelor de vorbire și mai mult pe facilitarea alăptării. Frenotomia constă într-o incizie simplă a frenului lingual, iar frenectomia implică îndepărtarea frenului lingual. Localizarea anatomică și topografia țesutului lingual fac ca frenectomia linguală să fie vulnerabilă la diverse complicații intraoperatorii și postoperatorii.

Complicațiile rare ale frenotomiei linguale pot include: hemoragie excesivă/sângerare abundentă, obstrucția căilor respiratorii, leziuni ale structurilor salivare, apariția aversiunii orale și formarea de țesut cicatricial. Printre complicațiile frenectomiei linguale se pot număra și: reatașarea frenului sau recurența fixării acestuia; formarea de țesut cicatricial și restricționarea mobilității limbii; dezvoltarea unei noi tulburări de vorbire sau agravarea uneia existente; sângerare excesivă/hemoragie în timpul sau imediat după intervenția chirurgicală; formarea unui chist de retenție de mucus sau ranulă; formarea unui hematom sublingual; anestezie și parestezie a limbii și a țesuturilor moi adiacente; dezvoltarea de infecții în lojele învecinate.



RECOMANDĂRILE IAPD

1. Frenectomia (îndepărtarea completă a frenului lingual) reduce tulburările de vorbire. În ceea ce privește utilitatea frenectomiei și frenotomiei (secționarea frenului) pentru reducerea malocluziilor, îmbunătățirea utilizării limbii pentru lins și menținerea igienei orale, reducerea riscului de carii, a diastemei interincisive, a tensiunii țesuturilor din zona linguală a incisivilor inferiori, a apneei de somn și impactului social negativ, dovezile sunt limitate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

2. Înainte de a efectua o frenectomie pentru probleme legate de vorbire, consultarea unui logoped poate ajuta la selectarea cazurilor.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

3. Terapia logopedică și exercițiile postoperatorii sunt recomandate după frenotomie sau frenectomie linguală.

Declarație bazată pe consens > Acord global 78%

4. Înainte de a efectua o frenotomie sau frenectomie pentru dificultăți de alăptare, consultarea pediatrului sau a specialistului în alăptare poate ajuta la selecția cazurilor.

Declarație bazată pe consens > Acord global 83%



6. UTILIZAREA FLUORULUI PENTRU PREVENIREA CARIILOR: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Best practices: Fluoride Therapy. 2018.

Available at:

<https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/fluoride-therapy/>

Accessed Oct. 25, 2021.

American Dental Association Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. JADA 2014;145(2):190-1.

Crystal YO, Marghalani AA, Ureles SD, et al. Use of Silver Diamine Fluoride for Dental Caries Management in Children and Adolescents, Including Those with Special Health Care Needs. Pediatr Dent. 2017 Sep 15;39(5):135-145.

Do LG, Australian Research Centre for Population Oral Health. Guidelines for use of fluorides in Australia: update 2019. Aust Dent J. 2020 Mar;65(1):30-38.

Scottish Intercollegiate Guideline Network, 138. Dental interventions to prevent caries in children. March 2014. Available at www.sign.ac.uk/assets/sign238.pdf.

Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc. 2018 Oct;149(10):837-849.e19.

Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, et al. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2019 Dec;20(6):507-516.

Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, et al. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868.

Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo T, et al. Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc 2013;144(11):1279-91.

Wright JT, Hanson N, Ristic H, et al. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years. J Am Dent Assoc 2014;145(2):182-9.



RECOMANDĂRILE IAPD

1. Nivelurile optime de fluor din apa potabilă sunt eficiente și sigure pentru prevenirea cariilor dentare și reducerea incidenței acestora.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

2. Suplimentele de fluor pot fi eficiente în reducerea prevalenței cariilor dentare la dinții permanenți la copiii cu risc crescut de carii care consumă apă cu un conținut scăzut de fluor.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 72%

3. Aplicațiile topice profesionale de fluor sub formă de lac cu 5% NaF (2,26% F) sunt eficiente în reducerea cariilor dentare în dentiția temporară și permanentă la copiii cu risc carios.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

4. Preparatele sub formă de gel cu 1,23% fluor sunt eficiente în reducerea cariilor dentare în dentiția permanentă la copiii cu risc carios crescut.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 89%

5. Periajul dinților copiilor de două ori pe zi cu pastă de dinți fluorurată, având un conținut de fluor între 1.000-1.500 ppm, este eficient în reducerea cariilor dentare. Se recomandă utilizarea unei cantități adecvate vârstei copilului („un strat subțire” de pastă pentru copiii sub 3 ani; „o cantitate de mărimea unui bob de mazăre” pentru copiii de 3-6 ani).

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 95%

6. Gelurile și pastele cu 1,1% NaF (0,5% F) prescrise de medic sunt eficiente în reducerea cariilor dentare la copiii cu vârsta peste 6 ani care au risc carios crescut.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 78%

7. Utilizarea fluorurii de diamino-argint (38% SDF, 5% F) este eficientă pentru stoparea evoluției cariilor în dentină la dinții temporari.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A



7. GHIDAREA COMPORTAMENTULUI LA PACIENȚII PEDIATRICI ÎN STOMATOLOGIE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Al Zoubi L, Schmoedel J, Mustafa Ali M, Alkilzy M, Splieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2019;20:319-23.

American Academy of Pediatric Dentistry. Best practices: Behavior guidance for the pediatric dental patient. 2015.

Available at:

<https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/behavior-%20guidance-for-the-pediatric-dental-patient/>

Accessed Feb. 23, 2020.

Davies C, Harrison M, Roberts G. UK national clinical guidelines in paediatric dentistry: guideline for the use of general anaesthesia (GA) in paediatric dentistry.

Available at:

https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_%20sdt=0%2C21&q=Davies+C%2C+Harrison+M%2C+Roberts+G&btnG=

Accessed May 10, 2020.

Hallonsten AL, Jensen B, Raadal M, Veerkamp J, et al. EAPD guidelines on sedation in paediatric dentistry 2005. Available at: <https://www.eapd.eu/index.php/policies-and-guidelines>. Accessed April 18, 2020.

Riba H, Al-Zahrani S, Al-Buqmi N, Al-Jundi A. A review of behavior evaluation scales in pediatric dentistry and suggested modification to the Frankl Scale. *EC Dental Science* 2017;16:269-75.

Prado IM, Carcavalli L, Abreu LG, et al. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Paediatr Dent* 2019;29:650-68.

Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). Conscious sedation in dentistry: Dental clinical guidance, Third Ed., 2012, pp 1-48.



INTRODUCERE

În literatura stomatologică sunt menționate numeroase metode de ghidare a comportamentului, inclusiv metode de desensibilizare („Tell-Show- Do”/Explică-Arată-Fă), distragerea atenției, utilizarea imaginației copilului, umorul și folosirea eufemismelor); încurajarea și lauda; tehnici de comunicare („Ask-Tell-Ask”/Întreabă-Explică-Întreabă); tehnici aversive (controlul vocal, metoda „mână-peste-gură”, stabilizarea protectoare); și tehnici farmacologice (de exemplu inhalarea de protoxid de azot/oxigen, sedarea, anestezia generală). Acceptabilitatea acestor tehnici de ghidare a comportamentului poate varia în funcție de țări, grupuri de pacienți și medici stomatologi.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Atunci când se aleg tehnicile de ghidare a comportamentului, trebuie luate în considerare istoricul medical, dentar și social, precum și nivelul cognitiv al copilului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

2. Pentru a monitoriza și documenta comportamentul sau anxietatea copilului în timp, este recomandată utilizarea unei scale (de exemplu, scala de comportament Frankl, Houpt sau Venham).

Declarație bazată pe consens > Acord global: 91%

3. Poate fi necesar un consimțământ informat suplimentar pentru tehnicile de management comportamental care ar putea fi considerate aversive.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

4. Managementul comportamentului trebuie realizat de către furnizori stomatologici calificați, cu respectarea reglementărilor fiecărei țări sau ale fiecărui stat.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

5. În unele cazuri, dacă necesitățile stomatologice permit, temporizarea tratamentului sau utilizarea unor abordări minim invazive pot fi alternative la tratamentul imediat care ar necesita tehnici aversive, sedare și/sau anestezie generală.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 92%



6. Pentru părinți, cele mai acceptabile tehnici de management comportamental includ: „tell-show-do” (Explică-Arată-Fă), încurajarea, distragerea atenției și inhalarea de oxid de azot/oxigen.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 84%

7. Stabilizarea protectoare a pacientului poate fi indicată pentru un pacient care: necesită diagnostic imediat/îngrijire de urgență; necesită tratament limitat și nu poate coopera; are mișcări necontrolate din cauza vârstei, are probleme emoționale sau de dezvoltare cognitivă, sau este necesară pentru siguranța pacientului, a personalului, a medicului stomatolog sau a părintelui.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 79%

8. Indicațiile pentru sedare sau anestezie generală includ: pacienții precooperanți și speriați pentru care tehnicile non-farmacologice de ghidare comportamentală sunt probabil inefficiente; pacienții care nu pot coopera din cauza nevoilor fizice, medicale sau speciale; și pacienții cu necesități extinse de tratament stomatologic sau care necesită tratament pentru traumatisme dentare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 96%



8. MANAGEMENTUL EROZIUNII DENTARE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Invest.* 2008;12:65-68.

Ganss C. Is Erosive Tooth wear an oral disease. *Erosive tooth wear.* Lussi A, Ganss C. (eds) *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2014;25:16-21.

Loomans B, Opdam N, Attin T, et al. Severe tooth wear: European consensus statement on management guidelines. *J Adhes Dent.* 2017;19:111-119.

Lussi A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2006, 20:1-8.

Lussi A, Buzalaf MAR, Duangthip D, et al. The use of fluoride for the prevention of dental erosion and erosive tooth wear in children and adolescents. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019;20:57-527.

Lussi A, Jaeggi T. Dental erosion in children. *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2006, 20:140-151.

O'Sullivan E, Milosevic A. UK national guidelines in Paediatric Dentistry: diagnosis, prevention and management of dental erosion. In *J Paediatr Dent.* 2008;18 Suppl 1:29-38.

Pace F, Pallotta S, Tonini M, Vakil N, Bianchi Porro G. Systematic review: Gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27:1179-1186.

Ranjitkar S, Kaidonis JA, Smales RJ. Review Article: Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. *International J Dent.* 2012;1-10. DOI:10.1155/2012/479850.

Scheutzel P. Etiology of dental erosion – intrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:178-90.

Taji S, Seow WK. A literature review of dental erosion in children. *Australian Dent J.* 2010; 55:358-367.

Zero DT. Etiology of dental erosion – extrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:162-77.



INTRODUCERE

Eroziunea dentară este definită ca fiind pierderea ireversibilă de țesut dentar, cauzată de dizolvarea chimică provocată de acizi care nu au origine bacteriană. Sursele de acid pot fi intrinseci (de exemplu, acid gastric) sau extrinseci (de exemplu, acizi alimentari). Dentiția temporară este mai susceptibilă la eroziune comparativ cu dentiția permanentă, din cauza smalțului mai subțire și mai puțin mineralizat.

La copii, eroziunea dentară la nivelul molarilor este mai frecvent asociată refluxului gastroesofagian (GERD), iar eroziunea la nivelul suprafeței palatinale a incisivilor superiori este asociată bulimiei. Eroziunea dentară cauzată de acizii alimentari poate apărea pe orice suprafață dentară, în funcție de modul în care individul consumă, mestecă, clătește sau ține băuturile sau alimentele acide în gură.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Odată observată eroziunea dentară, localizarea și nivelul acesteia trebuie documentate utilizând o scală adecvată. La fiecare vizită stomatologică ulterioară, eroziunea dentară trebuie monitorizată, documentată și gestionată.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 87%

2. Etiologia eroziunii dentare trebuie investigată. Expunerile alimentare acide, istoricul de reflux gastroesofagian (GERD) și bulimia trebuie luate în considerare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

3. Dacă expunerea la acizi alimentari este cauza eroziunii dentare, pacientul trebuie consiliat să reducă consumul de alimente și băuturi acide.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 97%

4. Clătirea gurii cu băuturi acide trebuie evitată pentru a preveni eroziunea suprafețelor vestibulare ale dinților.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 96%



5. În cazul în care copilul raportează simptome de GERD (de exemplu, dureri de stomac, eructații acide, senzație de arsură în piept sau gât), se recomandă trimiterea acestuia către un medic specialist.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 96%

6. Dacă se suspectează că bulimia este cauza eroziunii dentare, se recomandă trimiterea pacientului către un medic specialist.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 96%

7. Pacienții cu abraziune dentară erozivă ar trebui să utilizeze o sursă suplimentară de fluor, cum ar fi o pastă de dinți sau o apă de gură, preferabil cu fluorură de staniu.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 87%

8. Dacă eroziunea dentară progresează, etiologia trebuie reexaminată, iar pacientului trebuie să i se ofere un management adecvat.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

9. Intervențiile restaurative asupra dinților fără carii, dar afectați de eroziune, ar trebui amânate, dacă este posibil, pentru a permite monitorizarea evoluției.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 71%

10. Leziunile erozive care provoacă durere trebuie tratate cu materiale restaurative adecvate, pentru eliminarea durerii.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 87%



9. UTILIZAREA TERAPIEI ANTIBIOTICE ÎN STOMATOLOGIA PEDIATRICĂ: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Aidasani B, Solankis M, Khetarpal S, Ravi Pratap S. Antibiotics: Their use and misuse in paediatric dentistry. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* 2019;20(2): 133-8.

American Academy of Pediatric Dentistry. Best practices: Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection. 2019.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_prophylaxis.pdf

Accessed, Feb. 24, 2020.

American Academy of Pediatric Dentistry. Best practices: Use of antibiotic therapy for Pediatric Dental patients. 2019.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_antibiotictherapy.%20pdf?v=new

Accessed, Feb. 24, 2020.

American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policy: Policy on the role of dental prophylaxis in Pediatric Dentistry. 2017.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_prophylaxis.pdf

Accessed, Feb. 24, 2020.

European Academy of Paediatric Dentistry. Policy document for the use of antibiotics in Paediatric Dentistry. 2002. 6th EAPD Congress in Dublin, June 15-17, 2002.

Fauad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology* 2020;36:331-342.

Planells-del Pozo P, Barra-Soto MJ, Santa Eulalia-Troisfontaines E. Antibiotic prophylaxis in pediatric odontology. An update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E352-357.

Wilson W, Taubert KA, Gevitz M, et al. Guidelines from the American Heart Association: A guideline from the American Heart Association rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki Disease committee. *Circulation* 2007;116(15):1736-1754.



INTRODUCERE

Baza de dovezi care susține eficacitatea antibioticelor în stomatologia pediatrică este limitată. Medicii stomatologi pediatri ar trebui să adopte o atitudine conservatoare în utilizarea antibioticelor, limitându-le la pacienții cu semne de infecție sistemică, edem facial sau utilizare profilactică în anumite situații. De regulă, durata unui tratament cu antibiotice este de cinci până la șapte zile. Totuși, durata ideală este ciclul cel mai scurt capabil să prevină recurența clinică și microbiologică, de obicei trei până la cinci zile după recuperarea completă și dispariția semnelor și simptomelor. Înainte de a oferi îngrijire stomatologică copiilor cu o afecțiune medicală sau tulburare nefamiliară, se recomandă consultarea cu medicul curant pentru a evalua susceptibilitatea individuală la infecții, statusul imunologic, riscurile procedurii stomatologice, alegerea antibioticului și durata tratamentului.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Tratamentul cu antibiotice poate să nu fie indicat în cazul infecțiilor dentare limitate la dinte sau țesuturile imediat înconjurătoare, fără semne de infecție sistemică sau edem facial.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 91%

2. La copiii sănătoși, majoritatea infecțiilor dentare se pot rezolva fără antibiotice, prin îndepărtarea sursei infecției, fie prin extracție, fie prin tratamentul endodontic al dintelui infectat.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 91%

3. Furnizorii de servicii stomatologice ar trebui să ia în considerare modificarea sau întreruperea antibioticelor înainte de finalizarea unui tratament complet în cazul ineficienței, pentru a minimiza riscul de rezistență la antibiotice.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 86%

4. Tetraciclina ar trebui evitată, dacă este posibil, la copiii sub 12 ani, femeile însărcinate și mamele care alăptează, din cauza riscului de apariție a discromiilor intrinseci la dinții permanenți, în curs de dezvoltare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 95%



5. Asociația Internațională de Stomatologie Pediatrică (IAPD) susține ghidul Asociației Americane a Inimii (AHA) privind prevenirea endocarditei infecțioase.

Declarație bazată pe consens > Acord global: N/A

6. Asociația Internațională de Stomatologie Pediatrică (IAPD) susține ghidurile Asociației Internaționale de Traumatologie Dentară privind utilizarea antibioticelor ca parte a tratamentului pentru avulsia dinților permanenți.

Declarație bazată pe consens > Acord global: N/A

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Antibiotic Therapy in Paediatric Dentistry, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_08_antibiotic-therapy-in-paediatric-dentistry.



10. CONSIDERAȚII ETICE ÎN STOMATOLOGIA PEDIATRICĂ: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the Ethical Responsibilities in the Oral Health Care Management of Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs, 2018.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_ethical.pdf

Accessed May 1, 2020.

American Academy of Pediatric Dentistry. Best Practices: Informed consent, 2019.

Available at:

<https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/informed-consent/>

Accessed May 1, 2020.

Mouradian WE. Ethics and leadership in children's oral health. *Pediatric Dent.* 2007;29:64-72.

Adewumi A, Hector MP, King JM. Paediatric dentistry: Children and informed consent: A study of children's perceptions and involvement in consent to dental treatment. *Br Dent J* 2001;191:256-9.

INTRODUCERE

Etica, definită ca principiile morale care guvernează deciziile și acțiunile noastre, ar trebui să ne ghideze comportamentul și modul în care interacționăm unii cu ceilalți ca ființe umane. Cele patru principii ale eticii: autonomia, binefacerea, non-maleficența și dreptatea, trebuie așadar să stea la baza proceselor noastre de luare a deciziilor și să fie aplicate în toate aspectele gestionării pacienților pediatrici.



RECOMANDĂRILE IAPD

1. Fiecare pacient trebuie tratat în mod echitabil, fără prejudecăți, fără a fi judecat sau discriminat pe baza culturii, religiei, convingerilor, comportamentului, rasei, genului, nevoilor speciale sau stării de sănătate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

2. Obligația etică a profesioniștilor din stomatologie este de a oferi tratamentul necesar. Pacienții trebuie să fie redirecționați către alți specialiști care pot furniza tratamentul adecvat, dacă nevoile pacientului depășesc competențele sau abilitățile practicianului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

3. Consimțământul informat trebuie să preceadă întotdeauna tratamentul dentar. Un părinte sau un tutore legal trebuie să consimtă în numele minorilor sau al pacienților cu dizabilități intelectuale. Consimțământul informat trebuie să includă următoarele informații: diagnostic, opțiunile de tratament (inclusiv absența tratamentului), riscurile și beneficiile, costurile și implicațiile (sociale și altele) asociate fiecărei opțiuni, precum și posibilitatea de a adresa întrebări.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 91%

4. Cu excepția cazurilor de abuz asupra copilului sau a unui copil care a atins vârsta emancipării, practicianul trebuie să obțină consimțământul pentru tratament de la părinte sau tutore legal.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 91%

5. Dacă este posibil, se recomandă obținerea acordului pentru tratament din partea copilului. La un nivel adecvat înțelegerii sale, copilul trebuie implicat în procesul de planificare și realizare a tratamentului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

6. Beneficiul tratamentului trebuie să depășească riscurile la care este expus copilul, inclusiv riscurile asociate radiațiilor sau tehnicilor de gestionare a comportamentului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 96%



7. Medicii stomatologi sunt responsabili pentru deciziile lor clinice și etice, indiferent de opiniile sau influențele părinților/tutorilor legali sau ale proprietarilor de afaceri.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Ethical Considerations in Paediatric Dentistry, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_09_ethical-considerations-in-paediatric-dentistry.



11. MANAGEMENTUL CARIEI PRECOCE A COPILĂRIEI: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. Reference Manual, 2021. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_CariesRiskAssessment.pdf

American Academy of Pediatric Dentistry. Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents including those with special health care needs. 2017. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_SDF.pdf

American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride Therapy. Reference Manual, 2018. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_FluorideTherapy.pdf

Chaffee BW, Feldens CA, Rodrigues PH, Vítolo MR. Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood. Community Dent Oral Epidemiol. 2015;43:338-48.

Giacaman RA, Munoz-Sandoval C, Neuhaus KW, Fontana M, et al. Evidence-based strategies for the minimally invasive treatment of carious lesions: Review of the literature. Adv Clin Exp Med. 2018; 27(7): 1009-1016.

Moynihhan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: Systematic review to inform WHO guidelines. J Dent Res. 2014;93(1):8-18.

Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA. Breastfeeding and oral health: Evidence and methodological challenges. J Dent Res 2018;97(3):251-258.

Ramos-Gomez F, Crystal YO, Ng MW, Tinanoff N, Featherston JD. Caries risk assessment, prevention and management in pediatric dental care. Gen Dent. 2010;6:505-517.

Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions. JADA 2018;149(10):837-849

Wright JT, Hanson N, Ristic H, et al. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years. J Am Dent Assoc 2014;145(2):182-9.



INTRODUCERE

Caria precoce a copilăriei (ECC) rămâne o afecțiune larg răspândită la nivel mondial, având costuri ridicate pentru societate și un impact major asupra calității vieții părinților și copiilor. Abordarea în scopul reducerii prevalenței ECC include prevenția primară (fluor, controlul dietei, educație și legislație), prevenția secundară (stoparea evoluției cariilor înainte de stadiul de cavitație) și prevenția terțiară (management preventiv, atât invaziv, cât și non- invaziv, pentru leziunile cavitare).

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Prevenția primară pentru ECC include:

- a. Limitarea consumului de alimente și băuturi cu zahăr pentru copiii sub doi ani.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

- b. Evitarea alimentării cu biberonul pe timp de noapte cu lapte sau băuturi care conțin zaharuri libere, precum și a utilizării biberonului și alăptării peste vârsta de 12 luni, în special dacă alimentările sunt frecvente și/sau nocturne.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 84%

- c. Expunerea optimă la fluorul alimentar care se poate realiza prin apa fluorurată, dar cu dovezi mai puține prin sarea și laptele fluorurate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 78%

- d. Periajul dinților copilului cu o cantitate adecvată vârstei de pastă de dinți fluorurată cu o concentrație de fluor între 1.000–1.500 ppm.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 90%

- e. Stabilirea unei „dental home” și efectuarea unei vizite la medicul stomatolog pentru îngrijire personalizată încă din primul an de viață.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

- f. Aplicarea regulată de lacuri fluorurate în concentrație de 5% pentru orice copil cu risc carios crescut.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

- g. Sigilarea șanțurilor și fosetelor molarilor susceptibili la carie.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A



2. Prevenția secundară pentru ECC include:

- a.** Aplicarea mai frecventă a lacurilor fluorurate, cu o frecvență de patru ori pe an pentru copiii cu pete albe cretoase.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 84%

- b.** Sigilarea șanțurilor și fosetelor molarilor cu leziuni carioase ne-cavitare.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: N/A

3. Prevenția terțiară pentru ECC include:

- a.** Utilizarea fluorurii de diamino-argint (SDF) pentru stoparea leziunilor cavitare.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

- b.** Îndepărtarea conservatoare a țesutului dentar cariat și restaurarea dintelui pentru a preveni distrugerea suplimentară a dintelui, durerea și expunerea pulpei dentare.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: N/A



12. DIETA ȘI CARIILE DENTARE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Dietary Recommendations for infants, children and adolescents. 2017.

Available at:

aapd.org/globalassets/media/policy_guidelines/p_recdietary.pdf

Accessed Oct. 13, 2020.

American Academy of Pediatrics. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:e827-41.

Heyman MB, Abrams SA. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. Pediatrics 2017;139:e20170967.

IAPD Bangkok. Declaration: Early Childhood Caries. Int J Paed Dent 2019;29:384-6.

Moynihan P. Sugars and dental caries: evidence for setting a recommended threshold for intake. Av. Nutr. 2016;7:149-156.

Schwendicke F, Thomson WM, Broadbent JM. Effects of taxing sugar-sweetened beverages on caries and treatment costs. J Dent Res 2016;95:1327-33.

Sheiham A, James WPT. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. J Dent Res 2015;94:1341-47.

Tham R, Bowatte G, Dharmage SC et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica 2015;104:62-84.

Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, et al. Added sugars and cardiovascular risk in children. Circulation 2017;135:e1017-34.

World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

Available at:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1

Accessed Jan 4, 2020.



INTRODUCERE

Consumul de zaharuri libere (zahăr adăugat în alimente și băuturi, precum și zaharuri prezente în mod natural în miere, siropuri, sucuri de fructe și concentrate de suc de fructe) joacă un rol critic în dezvoltarea cariilor dentare la copii, fiind asociat și cu riscul apariției în viitor a bolii cardiovasculare, diabetului și obezității. Studiile de cohortă indică faptul că vârsta la care zahărul este introdus în alimentația copilului și frecvența consumului sunt factori esențiali în ceea ce privește riscul la carie. Consumul de alimente și băuturi îndulcite în primul an de viață este puternic asociat cu incidența cariilor în anii următori.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Conform Comitetului pentru Ghiduri Nutriționale al OMS, pentru a reduce riscul de carii dentare, aportul de zahăr ar trebui să fie mai mic de 5% din energia totală consumată (mai puțin de 16 grame de zahăr, adică 4 lingurițe pe zi), pentru copiii cu vârste între 4-8 ani.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 89%

2. Alăptarea la copiii mici poate oferi protecție împotriva cariilor dentare, dar continuarea acesteia după vârsta de 12 luni poate crește riscul de carii.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 89%

3. Biberoanele sau recipientele închise nu trebuie utilizate pentru a oferi copiilor băuturi cu zahăr adăugat (liber). Pentru a evita hrănirea pe parcursul nopții, biberoanele nu trebuie lăsate în pătuț.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

4. Conform Academiei Americane de Pediatrie, sucurile de fructe au puține beneficii nutriționale și nu sunt recomandate pentru copiii sub 1 an. Pentru copiii între 1-3 ani, consumul de suc ar trebui limitat la maximum 120 ml pe zi, iar pentru cei între 4-6 ani, la maximum 180 ml pe zi.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 83%



5. Profesioniștii din stomatologie trebuie să se implice în campanii care au ca scop reducerea cantității și frecvenței ridicate a consumului de alimente și băuturi care conțin zahăr.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%



13. TERAPIA PULPARĂ PENTRU DINȚII TEMPORARI ȘI PERMANENȚI TINERI: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Alqaderi H, Lee CT, Borzangy S, Pagonis TC. Coronal pulpotomy for cariously exposed permanent posterior teeth with closed apices: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2016;44:1-7.

American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Reference Manual, 2014.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_pulptherapy.pdf

Accessed, March 1, 2020.

Barros MMAF, De Queiroz Rodrigues M, Muniz FWMG, Rodrigues LKA. Selective, stepwise, or nonselective removal of carious tissue: which technique offers lower risk for the treatment of dental caries in permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2020;24:521-32.

Coll JA, Seale NS, Vargas K, Marghalani AA, Al Shamali S, Graham L. Primary Tooth Vital Pulp Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatr Dent.* 2017;39:116-123.

Coll JA, Vargas K, Marghalani AA, Chen CY, Alshamali S, Dhar V, Crystal Y. A Systematic Review and Meta-Analysis of Non-vital Pulp Therapy for Primary Teeth. *Pediatr Dent* 2020;42(4):256-272.

Cushley S, Duncan HF, Lappin MJ, Tomson PL, Lundy FT, Cooper P, Clarke M, El Karim IA. Pulpotomy for mature carious teeth with symptoms of irreversible pulpitis: A systematic review. *J Dent.* 2019;88:103158.

Dhar V, Marghalani AA, Crystal YO et al. Use of Vital Pulp Therapies in Primary Teeth with Deep Caries Lesions. *Pediatr Dent.* 2017 Sep 15;39(5):146-159. Erratum in: *Pediatr Dent.* 2020 Jan 15;42(1):12-15.

El Meligy OA, Allazzam S, Alamoudi NM. Comparison between biodentine and formocresol for pulpotomy of primary teeth: a randomized clinical trial. *Quintessence Int.* 2016;47:571-80.

Farsi DJ, El-Khodary HM, Farsi NM, El Ashiry EA, et al. Sodium hypochlorite versus formocresol and ferric sulfate pulpotomies in primary molars: 18-month follow-up. *Pediatr Dent.* 2015;37:535-40.



Gopalakrishnan V, Anthonappa R, Ekambaram M, King NM. Qualitative assessment of published studies on pulpotomy medicaments for primary molar teeth. *J Invest Clin Dent.* 2019;10:e12389.

Manchanda S, Sardana D, Yiu CKY. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing rotary canal instrumentation techniques with manual instrumentation techniques in primary teeth. *Int Endod J.* 2020;53:333-53.

Marghalani AA, Omar S, Chen J-W. Clinical and radiographic success of mineral trioxide aggregate compared with formocresol as a pulpotomy treatment in primary molars: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 2014;145:714-21.

Najjar RS, Alamoudi NM, El-Housseiny AA, Al Tuwirqi AA, Sabbagh HJ. A comparison of calcium hydroxide/ iodoform paste and zinc oxide eugenol as root filling materials for pulpectomy in primary teeth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dent Res.* 2019;5:294-310.

Schwendicke F, Dorfer C, Paris S. Incomplete caries removal: A systemic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2013;92:306-14.

Smaïl-Faugeron V, Glenny AM, Courson F, Durieux P, Muller-Bolla M, Fron Chabouis H. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 31;5:CD003220.

Trairatvorakul C, Koothiratrakarn A. Calcium hydroxide partial pulpotomy is an alternative to formocresol pulpotomy based on a 3-year randomized trial. *Int J Paediatr Dent.* 2010;22:382-9.

Chen Y, Chen, X, Zhang Y, Zhou J, et al. Materials for pulpotomy in immature permanent teeth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 2019;19:227.



INTRODUCERE

Terapia pulpară în cazul dinților temporari are ca scop menținerea dinților pe arcadă până la exfolierea fiziologică. În cazul dinților permanenți tineri, terapia pulpară urmărește menținerea vitalității pulpare și continuarea dezvoltării rădăcinii, ajutând la obținerea unui raport coroană-rădăcină favorabil. De asemenea, are scopul de a obține pereți dentinari mai groși pentru o retenție bună și o funcționalitate optimă pe termen lung. Indicațiile și tipul de terapie pulpară depind de starea pulpei: sănătoasă, cu pulpită reversibilă, pulpită ireversibilă sau necroză. Diagnosticul clinic se bazează pe istoricul medical și dentar; istoricul durerii (localizare, intensitate, spontaneitate, durată, factori agravanți sau calmați); semne clinice (extra- și intraorale); examinarea radiologică (coroană, furcație, regiuni periapicale și osul adiacent); și, în cazul dinților permanenți cu apexuri închise, testarea sensibilității pulpei (test electric, test de rece și test de cald). Terapia pulpară vitală include tratamentul pulpei prin coafaj indirect (IPT), coafaj direct (DPC) și pulpotomie. Terapia pulpară non-vitală include pulpectomia și sterilizarea leziunii și repararea tisulară ("lesion sterilization and tissue repair" – LSTR).

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Dinții cu durere de scurtă durată, care nu este spontană au probabil pulpa dentară vitală, posibil afectată de o pulpită reversibilă și ar trebui tratați cu terapie pulpară vitală.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

2. Dinții cu durere spontană sau durere persistentă după eliminarea unui factor agravant, prezența unui traiect fistulos, patologia țesuturilor moi sau edemul și inflamația gingivală (neasociate bolii parodontale), mobilitatea excesivă (nu din cauza exfolierii fiziologice) și prezența unor semne radiologice (radiotransparență periapicală și la nivel de furcație, resorbție internă/externă a rădăcinii) sugerează pulpită ireversibilă și/sau necroză și ar trebui tratați cu terapie pulpară non-vitală.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A



3. Istoricul medical al pacientului și restaurabilitatea dintelui afectat trebuie luate în considerare întotdeauna atunci când este vorba despre a decide tipul de terapie pulpară.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

4. Dacă terapia pulpară nu este recomandată, ar trebui luate în considerare opțiuni alternative, precum extracția.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

5. În ceea ce privește terapia pulpară pentru dinții temporari:

a. Clinicienii pot alege să utilizeze materiale pentru tratament pulpar indirect, cum ar fi hidroxidul de calciu, cimenturile glass-ionomer și adezivii dentinari.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: 88%

b. Tratamentul pulpar indirect ar trebui utilizat pentru dinții temporari vitali cu carii profunde pentru a evita lezarea sau expunerea pulpei. Tratamentul pulpar indirect constă în îndepărtarea țesutului carios până în dentină dură pe pereții periferici ai leziunilor profunde, lăsând în același timp dentina afectată de carie, dar fermă, pe peretele pulpar. În cazul leziunilor profunde cu risc de afectare pulpară, îndepărtarea cariei până în dentină moale poate fi atitudinea potrivită.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

c. Materiale precum cimentul glass-ionomer, cimentul glass-ionomer modificat cu rășină, hidroxidul de calciu, eugenatul de zinc sau MTA pot fi utilizate pentru tratamentul pulpar indirect, plasate peste dentina remanentă pentru a favoriza vindecarea pulpară și procesul de reparație.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

d. Hidroxidul de calciu sau MTA pot fi utilizate ca agenți de coafaj pulpar la dinții de lapte cu expuneri traumatiche sau iatrogene ale pulpei.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: 82%

e. Pulpotomiile la dinții temporari ar trebui realizate preferabil cu MTA.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

f. Pulpotomiile cu formocrezol au o rată înaltă de succes, dar materiale precum Biodentine și MTA sunt la fel de eficiente și pot fi mai bine acceptate de părinți.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 84%

g. Pulpotomiile pentru dinții temporari trebuie realizate cu materiale resorbabile, cum ar fi combinația de iodoform și hidroxid de calciu (Endoflas®), oxid de zinc, eugenat de zinc fără accelerator de priză și paste pe bază de iodoform și hidroxid de calciu (Vitapex®, Metapex®).

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A



h. Tratamentul de sterilizare a leziunii și de reparare tisulară (LSTR), care include dezinfectarea canalelor radiculare cu un amestec de antibiotice (e.g. ciprofloxacină, metronidazol și clindamicină), poate fi utilizat pentru tratamentul dinților temporari necrotici.

Recomandare bazată pe dovezi > Acord global: N/A

6. În ceea ce privește terapia pulpară pentru dinții permanenți tineri:

a. Clinicienii pot utiliza lineri protectori, cum ar fi hidroxidul de calciu, eugenatul de zinc, agenți adezivi dentinari și cimenturile glass-ionomer.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 76%

b. Tratamentul pulpar indirect este recomandat pentru dinții permanenți vitali cu carii profunde pentru a asigura recuperarea pulpei și a reduce riscul expunerii pulpare.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 88%

c. În cazul coafajului direct, pulpa expusă trebuie acoperită cu hidroxid de calciu sau MTA și izolată de restul mediului bucal prin aplicarea unei restaurări adecvate.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 88%

d. În pulpotomia Cvek, țesutul pulpar expus trebuie acoperit cu hidroxid de calciu sau MTA, apoi dintele restaurat.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 100%

e. Pulpectomia, apexificarea sau dopul apical din MTA pot fi utilizate pentru dinții permanenți tineri cu pulpă necrotică.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 88%

f. Revascularizarea pulpară poate fi utilizată pentru dinții permanenți tineri cu pulpă necrotică.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

g. Pulpotomia (îndepărtarea numai a pulpei coronare) poate fi folosită pentru tratamentul dinților permanenți maturi cariați, cu pulpită reversibilă.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 74%



14. EVALUAREA RISCULUI CARIOS ȘI MODALITĂȚI DE ÎNGRIJIRE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents, 2021.

http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_CariesRiskAssessment.pdf

Christian B, Armstrong R, Calache H, et al. A systematic review to assess the methodological quality of studies on measurement properties for caries risk assessment tools for young children. *Int J Paediatr Dent* 2019;29:106-116.

Featherstone JDB, Chaffee BW. The evidence for caries management by risk assessment (CAMBRA). *Adv Dent Res* 2018;29: 9-14.

Fontana M. The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: Evidence for caries risk assessment. *Pediatric Dent* 2015;37(3):217-225.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 138: Dental interventions to prevent caries in children, March, 2014.

<https://www.sign.ac.uk/assets/sign138.pdf>

Senneby A, Jejar I, Sahlin N-L, Svensater G. Diagnostic accuracy of different caries risk assessment methods. A systematic review. *J Dentistry* 2015(43:1385-1393.

Slayton R, Araujo M, Guzman-Armstrong S, Espinoza L, et al. Evidence-based clinical practice guideline for nonrestorative management of dental caries. *J Am Dent Assoc* 149 (10):837-849, 2018.

Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo T, Beltran-Aguilar ED, et al. Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *J Am Dent Assoc* 2013;144(11):1279-91



INTRODUCERE

Scopul evaluării riscului carios este de a oferi îngrijiri preventive și restaurative optimizate pentru fiecare pacient în parte. Totuși, până în prezent puține studii au determinat în ce fel utilizarea evaluării riscului carios influențează rezultatele individuale pentru sănătatea dentară. Modalitățile de îngrijire a cariilor dentare se bazează pe înțelegerea factorilor de risc specifici fiecărui copil. Copiii cu risc carios crescut necesită o prevenție intensă pentru a preveni inițierea leziunilor carioase și a opri evoluția celor existente. Pe de altă parte, se consideră că beneficiile terapilor preventive avansate sunt limitate pentru copiii cu risc carios scăzut.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Factorii importanți de risc carios includ prezența defectelor de smalț, experiența carioasă în antecedente și evaluarea longitudinală a progresiei leziunilor (dimensiuni crescute/cavitație a petelor albe cretoase sau apariția de leziuni noi) la vizitele de control periodic.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 100%

2. Alți factori de risc utili pentru carii la copii sunt: carii active identificate la mamă/la persoana responsabilă de îngrijirea copilului, statusul socio- economic al familiei și frecvența mare a consumului de carbohidrați fermentabili de către copil.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 94%

3. Pe lângă determinarea riscului carios la începutul tratamentului, evaluarea modificărilor factorilor de risc în timp permite rafinarea managementului cariilor.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 100%

4. Termenul „supraveghere activă” se referă la implementarea măsurilor cariopreventive și la monitorizarea atentă a stopării sau progresiei acestora.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

5. Alături de alte aspecte, probabilitatea ca pacientul să revină pentru controale periodice și complianța acestuia față de terapia preventivă sunt importante atunci când se iau în considerare strategii de supraveghere activă.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

**Tabel: Modalități de tratament ale cariei dentare bazate pe evaluare riscului carios la copil.**

	Risc scăzut	Risc moderat	Risc crescut
Indicatori de Risc Carios	- Copilul nu are nicio carie - Nicio carie nouă în ultimul an - Nicio pată albă cretoasă - SSE înalt	- Copilul are/a avut una sau mai multe leziuni - Una sau mai multe leziuni/an - Pete albe cretoase rare - SSE mediu - Consum frecvent de zahăr	- Copilul are/a avut una sau mai multe carii proximale - Mai mult de două leziuni/an - Pete albe cretoase multiple - Mama are carii active - SSE scăzut - Purtător de aparate ortodontice - Consum frecvent de zahăr
Proceduri de diagnostic	- Controale la 12 luni - Radiografii la 12-24 luni	- Controale la 6 luni - Radiografii la 6-12 luni	- Controale la 3 luni - Radiografii la 6 luni - Analiză nutrițională
Terapie preventivă	- Periaj dentar cu pastă de dinți cu F de 2 ori/zi - Sigilări	- Periaj dentar cu pastă de dinți cu F de 2 ori/zi - Fluorizări topice profesionale F la 6 luni - Sigilări	- Periaj dentar cu pastă de dinți cu F de 2 ori/zi - Suplimente de F cu administrare sistemică** - Fluorizări topice profesionale la 3 luni - Sigilare preventivă - Periaj dentar cu pastă de dinți cu concentrație mare de F (peste vârsta de 6 ani) - Consiliere nutrițională
Terapie restaurativă	Nici o recomandare	- Supraveghere activă a petelor albe cretoase și a leziunilor superficiale proximale - Restaurare odontală sau tratament cu SDF*** în cazul leziunilor care progresează - Restaurare odontală sau tratament cu SDF în cazul leziunilor cavitare	- Supraveghere activă a petelor albe cretoase - Restaurare odontală a leziunilor proximale în smalț - Restaurare odontală sau tratament cu SDF în cazul leziunilor care progresează - Restaurare odontală sau tratament cu SDF în cazul leziunilor care progresează

*SSE = status

**În funcție de vârstă și de prezență în apă

***SDF = tratament topic cu SDF

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Caries Risk Assessment and Care Pathways, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_13_caries-risk-assessment-and-care-pathways.



15. TEHNICA HALL PENTRU APLICAREA COROANELOR PE MOLARII TEMPORARI: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric Restorative Dentistry, 2021.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_restoratedent.pdf?v=new.

Accessed: Oct. 25, 2021.

BaniHani A, Duggal M, Toumba J, Deery C. Outcomes of the conventional and biological treatment approaches for the management of caries in the primary dentition. *Int J Paed Dent* 2018;28:12-22.

Boyd DH, Page LF, Thomson WM. The Hall Technique and conventional restorative treatment in New Zealand children's primary oral health care – clinical outcomes at two years. *Int J Paediatr Dent* 2018;28:180-8.

Innes NP, Ricketts D, Chong LY, Keightley AJ, Lamont T, Santamaria RM. Preformed crowns for decayed primary molar teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Art. No.:CD005512.

Innes NP, Stirrups DR, Evans DJ, Hall N, Leggate M. A novel technique using preformed metal crowns for managing carious primary molars in general practice - A retrospective analysis. *British Dent J* 2006;200:451-4.

Lakshmi SP, Sahana S, Vasa A, Madu GP, et al. Atraumatic restorative treatment vs. Hall technique for occlusoproximal lesions in primary dentition: An In vivo study. *J Clin Diagnostic Res* 2018;12:ZC09-ZC13.

Ludwig KH, Fontana M, Vinson LA, Platt J, Dean JA. The success of stainless steel crowns placed with the Hall technique: A retrospective study. *JADA* 2014;145:1248-53.

Santamaria RM, Innes NP, Machiulskiene V, Evans DJ, et al. Acceptability of different caries management methods for primary molars in a RCT. *Int J Paediatr Dent* 2015;25:9-17.

Schwendicke F, Krois J, Robertson M, Splieth C, Santamaria RM. Cost-effectiveness of the Hall technique in a randomized trial. *J Dent Res* 2019;98:61-7.

Tedesco TK, Gimenez T, Floriano I, Montager AF, et al. Scientific evidence for the management of dentin caries lesions in pediatric dentistry. A systematic review and network meta-analysis. *Plos One* 2018;e0206296.



INTRODUCERE

Tehnica Hall pentru aplicarea coroanelor metalice prefabricate implică cimentarea coroanei pe un molar temporar afectat de carii fără utilizarea anesteziei locale, îndepărtarea țesutului cariat sau șlefuirea dintelui. Este o procedură mai puțin invazivă de tratament pentru dinții temporari cariați, bazată pe conceptul conform căruia evoluția procesului carios sub coroană va fi oprită datorită izolării cavității carioase de cavitatea bucală. Tehnica Hall a câștigat popularitate inițial în Regatul Unit, fiind utilizată în principal de medicii stomatologi generaliști.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Tehnica Hall poate fi indicată pentru: (a) copiii temători sau anxioși; (b) dinții temporari cu carii profunde sau care afectează mai multe suprafețe, fără afectare pulpară; (c) tratament atunci când echipamentul stomatologic necesar pentru realizarea procedurilor convenționale nu este disponibil.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 71%

2. Dezavantajele tehnicii Hall includ: necesitatea unei vizite prealabile pentru aplicarea elasticelor separatoare, ocluzia deschisă tranzitorie după plasarea coroanei, adaptarea mai deficitară a coroanei la suprafața dintelui.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

3. Studiile retrospective arată că longevitatea dinților temporari restaurați folosind tehnica Hall este comparabilă cu cea a dinților temporari restaurați folosind tehnicile convenționale.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 76%

4. Șlefuirea convențională pentru coroanele metalice prefabricate poate fi metoda de elecție pentru tratamentul dinților temporari cu leziuni carioase situate pe mai multe suprafețe, deoarece asigură o adaptare corectă, ocluzie mai bună și alinierea coroanei.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 70%

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Hall Technique for Crown Placement in Primary Molars, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_14_hall-technique-for-crown-placement-in-primary-molars.



16. ANESTEZIA LOCALĂ ÎN STOMATOLOGIA PEDIATRICĂ: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Best Practices: Use of local anesthesia for pediatric dental patients. 2020.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_localanesthesia.pdf

Accessed on Oct. 25, 2021.

Arrow P. A comparison of articaine 4% and lignocaine 2% in block and infiltration analgesia in children. Aust Dent J. 2012;57:325–33.

de Geus JL, da Costa KN, Wambier LM, et al. Different anesthetics on the efficacy of inferior alveolar nerve block in patients with irreversible pulpitis. JADA 2020;151:87-97.

Dougall AJ, Hayes M, Daly B. A systematic review of the use of local analgesia in medically compromised children and adolescents. Eur Arch Paediatr Dent. 2017;18:331-43.

Kühnisch J, Daubländer M, Klingberg G, Dougall A, et al. Best clinical practice guidance for local analgesia in paediatric dentistry: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2017;18:313-21.

Klingberg G, Ridell K, Brogardh-Roth S, Vall M, Berlin H. Local anesthesia in paediatric dentistry. A systematic review of techniques and pharmacologic agents. Eur Arch Paediatr Dent. 2017. 18:323–9.

Malamed SF. Clinical action of specific agents. In: Handbook of Local Anesthesia. 6th ed. St. Louis, Mo., Mosby; 2020. pp. 57-85.

Monteiro J, Tanday A, Ashley PF, Parekh S, Alamri H. Interventions for increasing acceptance of local anaesthetic in children and adolescents having dental treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2020, Article No CD011024.

U.S. Food and Drug Administration (FDA). Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics. May 31, 2018

Available at:

<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/risk-serious-and-potentially-fatal-blood-disorder-prompts-fda-action-oral-over-counter-benzocaine>

Accessed May 2, 2020.



INTRODUCERE

Durerea asociată cu tratamentele dentare la copii și adolescenți trebuie evitată sau minimizată. Anestezia locală ajută la împiedicarea transmiterii senzației de durere în timpul procedurilor, contribuind la creșterea încrederii și la dezvoltarea relației între pacient și medic, reduce frica și anxietatea și promovează o atitudine favorabilă față de îngrijirea dentară. Agenții anestezici disponibili în stomatologie includ: articaina, bupivacaina, lidocaina, mepivacaina și prilocaina. Doza maximă recomandată pentru mepivacaină este de 6,6 mg/kg, pentru prilocaină 8,0 mg/kg, iar pentru lidocaină și articaină 7,0 mg/kg. Doza maximă recomandată de producător (Manufacturer's Recommended Dose - MRD) pentru lidocaină este de 7,0 mg/kg corp; totuși, doza maximă consacrată pentru lidocaină în stomatologie este de 4,4 mg/kg corp.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Administrarea anestezicelor locale trebuie să se bazeze pe greutatea/indicele de masă corporală (IMC) al pacientului, fără a depăși doza maximă stabilită. Trebuie utilizată cea mai mică doză necesară pentru a asigura anestezia eficientă.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

2. Anestezicele locale care conțin epinefrină utilizează un conservant de tip bisulfit. În cazul pacienților cu alergii la bisulfit, se recomandă utilizarea unui anestezic local fără vasoconstrictor.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

3. Anestezicele locale fără vasoconstrictoare trebuie utilizate cu prudență, deoarece absorbția rapidă poate duce la supradozaj.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

4. Anestezicele topice pot fi utilizate înainte de injectarea unui anestezic local pentru a reduce disconfortul cauzat de introducerea acului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%



a. Benzocaina nu trebuie utilizată la pacienții cu istoric de methemoglobinemie și nici la copiii sub doi ani.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

b. Absorbția sistemică a anestezicelor topice trebuie luată în considerare la calcularea cantității totale de anestezic administrată.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

5. Documentarea anesteziei locale trebuie să includă tehnica, tipul și doza de anestezic local și doza de vasoconstrictor utilizată (e.g. bloc mandibular, ac de 27, 36 mg lidocaină 2% cu 0,018 mg epinefrină [sau 36 mg lidocaină 2% cu 1/100000 epinefrină]).

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

6. Acele cu lungime între 23-27 mm ar trebui utilizate pentru anesteziile intraorale atunci când este necesară aspirația.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

7. Acele scurte ar trebui utilizate pentru infiltrații. Acele lungi ar trebui folosite pentru anesteziile mai profunde în țesuturile moi.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

8. Pentru a minimiza riscul de rupere al acului, acele nu trebuie îndoite, iar acele de calibru 30 nu trebuie utilizate pentru anesteziile loco-regionale.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

9. Rata de injectare trebuie să fie lentă pentru a minimiza durerea și toxicitatea.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

10. Copiii și părinții trebuie să primească instrucțiuni specifice pentru a evita lezarea țesuturilor moi după vizita la cabinet.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

11. Studiile de tip review care au comparat articaina cu lidocaina au concluzionat că diferențele de eficacitate sunt minore, cu excepția faptului că articaina poate fi superioară lidocainei pentru anestezia nervului alveolar inferior la pacienții cu pulpită ireversibilă.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 82%



12. Dozele de anestezic local trebuie reduse atunci când sunt combinate cu medicamente sedative.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

13. Pentru a ajuta copiii să facă față anesteziei locale se pot utiliza dispozitive electronice de administrare ale anesteziei, tehnici de distragere a atenției și hipnoză.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Local Anaesthesia in Pediatric Dentistry, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_15_local-anaesthesia-in-pediatric-dentistry.



17. MANAGEMENTUL HIPOMINERALIZĂRII MOLAR-INCISIV (MIH): ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Elhennawy K, Schwendicke F. Managing molar-incisor hypomineralization: A systematic review. *J of Dent* 2016;55:16-24.

Elhennawy K, Manton DJ, Crombie F, Zaslansky P, Radlanski RJ, Jost-Brinkmann PG, Schwendicke F. Structural, mechanical and chemical evaluation of molar-incisor hypomineralization-affected enamel: A systematic review. *Arch Oral Biol* 2017;83:272-281.

Elhennawya K, PG Jost-Brinkmann, DJ Manton, Paris S, Schwendicke F. Managing molars with severe molar-incisor hypomineralization: A cost-effectiveness analysis within German healthcare. *J of Dent* 63 (2017) 65-71.

Ghanim A, Silva MJ, Elfrink MEC, Lygidakis NA, Mariño RJ, Weerheijm KL, Manton DJ. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017;18(4):225-242.

Jälevik B, Möller M. Evaluation of spontaneous space closure and development of permanent dentition after extraction of hypomineralized permanent first molars. *Int J Paediatr Dent.* 2007 Sep;17(5):328-35.

Somani C, Taylor GD, Garot E, Rouas P, Lygidakis NA, Wong FSL. An update of treatment modalities in children and adolescents with teeth affected by molar incisor hypomineralisation (MIH): a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2021 Jun 10. Epub ahead of print.



INTRODUCERE

Hipomineralizarea molar-incisiv (MIH) se caracterizează prin defecte demarcate, calitative de dezvoltare ale smalțului, care afectează cel puțin un dinte lateral, cu sau fără implicarea dinților frontali permanenți. Severitatea defectelor MIH variază de la forme ușoare la severe, iar aspectul clinic poate fi de la alb-crem la galben sau maro, cu sau fără fracturi post-eruptive ale smalțului, putând fi prezentă și hipersensibilitatea dentară. Hipersensibilitatea afectează periajul dentar, crescând riscul de carii pentru dinții cu MIH (în special molari). Prevalența raportată pentru MIH variază între 2% și 40%.



RECOMANDĂRILE IAPD

1. Diagnosticul precoce și intervenția preventivă sau restaurativă timpurie pot preveni distrucția progresivă, posibila inflamație pulpară și hipersensibilitatea.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

2. Restaurările dinților sever afectați de MIH au rezultate mai slabe pe termen lung comparativ cu cele ale dinților neafectați.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 92%

3. Smalțul afectat de MIH poate avea o capacitate scăzută de a asigura adeziune pentru sigilanți și pentru restaurările din compozit. Când este posibil, pregătirea cavităților pentru restaurările adezive ar trebui să se extindă în țesutul dentar sănătos.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 87%

4. Restaurările din amalgam prezintă rate ridicate de eșec în cavități cu forme atipice pe molarii cu MIH. Necesitatea pregătirii cavităților retentive poate agrava defectele dentare existente.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%



5. Cimenturile glass-ionomer au o rată ridicată de eșec în cazurile de MIH, dar pot fi utilizate pentru temporizare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

6. Coroanele metalice prefabricate, restaurările directe din compozit și restaurările realizate în laborator au fost utilizate pentru a restaura molarii afectați de MIH.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

7. Pentru cazurile ușoare de MIH la incisivi, o combinație de gravaj acid, albire și sigilare a zonelor afectate poate fi utilizată ca o abordare conservatoare. Pentru cazurile mai severe, microabraziunea sau fațetele din compozit pot îmbunătăți estetica.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%

8. Extracția dinților permanenți (molarii primi permanenți) cu sau fără aliniere ortodontică ulterioară poate fi luată în considerare înainte de erupția molarilor secunzi permanenți, dacă mai mulți dinți sunt afectați sever de MIH.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 89%

9. Controalele frecvente și aplicările topice de fluor ar trebui stabilite pentru pacienții cu MIH, din cauza ratelor ridicate de eșec ale restaurărilor, cariilor secundare și distrucției suplimentare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 83%



18. MANAGEMENTUL DENTIȚIEI ÎN PERIOADA DE DEZVOLTARE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

American Academy of Pediatric Dentistry. Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent*. 2021.

Available at:

https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf?v=new

Accessed Oct. 25, 2021.

Ahmad AJ, Parekh S, Ashley PF. Methods of space maintenance for premature loss of a primary molar: a review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2018 Oct;19(5):311-320.

Batista KBSL, Thiruvengkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.

Available at:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003452.pub4/full>

Accessed Feb 2, 2019.

Borrie FRP, Bearn DR, Innes NPT, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 3. Art. No.: CD008694.

Available at:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008694.pub2/media/CDSR/CD008694/CD008694.pdf>

Accessed Jan.28, 2019.

Bhujel N, Duggal MS, Saini P, Day PF3. The effect of premature extraction of primary teeth on the subsequent need for orthodontic treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016 Dec;17(6):423-434.

Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2017 Aug;148(8):566-574.



Feres MF, Abreu LG. Insabralde NM, Almeida MR, Flores-Mir C. Effectiveness of the open bite treatment in growing children and adolescents. A systematic review. *Eu J Orthod.* 2015; 38(3): 237-50.

Klein OD, Oberoi S, Huysseune A, Hovorakova M, Peterka M, Peterkova R. Developmental disorders of the dentition: an update. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2013;163C(4):318-32.

Laing E, Ashley P, Naini FB, Gill DS. Space maintenance. *Int J Paed Dent.* 2009; 19 (3): 155-162.

Millett DT, Cunningham SJ, O'Brien KD, Benson P, Williams A, de Oliveira CM. Orthodontic treatment for deep bite and retroclined upper front teeth in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;(4).

Available at:

https://www.cochrane.org/CD005972/ORAL_orthodontic-treatment-deep-bite-and-retroclined-upper-front-teeth-children

Accessed Jan.28, 2019.

Pino Guerrero EF, Castillo Cevallos JL. Toma de decisión para colocar mantenedor de espacio después de la pérdida prematura de primeros molares primarios: Revisión de literatura. *Rev Odontoped Latinoam.* 2017; 7 (1).

Available at:

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-5/>

Accessed Jan.28, 2019.

Vedovello SA, Ambrosano GM, Pereira AC, Valdrighi HC, Filho MV, Meneghim Mde C. Association between malocclusion and the contextual factors of quality of life and socioeconomic status. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016;150(1):58-63.



INTRODUCERE

Malocluziile, care debutează adesea în prima copilărie, sunt afecțiuni frecvente la copii și pot avea un impact negativ asupra calității vieții. S-au descris o seamă de factori de risc care predispun la malocluzii, printre care obiceiurile de supt nenuitritive și pierderea prematură a dinților temporari. Alți factori cauzali includ transmiterea genetică și discrepanțele dento-scheletale. Medicii stomatologi pediatri trebuie să recunoască factorii de risc și să stabilească un diagnostic precis al malocluziei în dezvoltare pentru a permite prevenirea, tratamentul timpuriu sau trimiterea pacientului către un specialist.

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Gestionarea dentiției în perioada de dezvoltare trebuie să includă identificarea factorilor de risc, un diagnostic corect și tratamentul la timp al malocluziei.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 94%

2. Malocluzia poate afecta negativ calitatea vieții la copii.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 88%

3. Evaluarea dentiției în perioada de dezvoltare ar trebui să includă identificarea problemelor legate de: dinții neerupți; anomaliile de număr, mărime și formă ale dinților; ocluzie inversă anterioară și laterală; poziții anormale ale dinților (ectopii); prezența obiceiurilor vicioase și a consecințelor lor dentare și scheletale; relații dentare anormale; instalarea discrepanțelor scheletale; sănătatea parodontală; probleme respiratorii.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

4. Gestionarea unui obicei vicios oral trebuie să fie adecvată gradului de dezvoltare al copilului, malocluziei și capacității acestuia de a coopera.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

5. Menținătoarele de spațiu pot preveni pierderea prematură a spațiului, care ar putea duce la malocluzie.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%



6. Tratamentul interceptiv al treptei sagitale pozitive mărite poate reduce riscul de traumatisme la nivelul incisivilor și poate îmbunătăți estetica facială.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 100%

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Management of the Developing Dentition, 2022.

http://www.iapdworld.org/2022_17_management-of-the-developing-dentition.



19. TRATAMENTUL RESTAURATIV ATRAUMATIC (ART): ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

de Amorim RG, Leal SC, Frencken JE. Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2012;16:429–41.

de Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2018;22:2703-25.

Frencken JE, Leal SC, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. *Clin Oral Investig* 2012;16:1337-46.

Hesse D, Bonifácio CC, Guglielmi Cde A, da Franca C, et al. Low-cost glass ionomer cement as ART sealant in permanent molars: a randomized clinical trial. *Braz Oral Res* 2015;29:e63.

Holmgren CJ, Roux D, Doméjean S. Minimal intervention dentistry: Part 5. Atraumatic restorative treatment (ART)—a minimum intervention and minimally invasive approach for the management of dental caries. *Br Dent J* 2013;214:11-8.

Kemoli AM, van Amerongen WE, Opinya G. Influence of the experience of operator and assistant on the survival rate of proximal ART restorations: Two-year results. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009;10:227–32.

Mickenautsch S, Yengopal V. Failure rate of high-viscosity GIC based ART compared with that of conventional amalgam restorations--evidence from an update of a systematic review. *SADJ* 2012;67:329-31.

Olegário IC, Hesse D, Mendes FM, Bonifácio CC, Raggio DP. Glass carbomer and compomer for ART restorations: 3-year results of a randomized clinical trial. *Clin Oral Investig* 2019;23:1761-70.

Schriks MC, van Amerongen WE. Atraumatic perspectives of ART: psychological and physiological aspects of treatment with and without rotary instruments. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:15-20.



INTRODUCERE

Tratamentul Restaurativ Atraumatic (ART) este o metodă minim invazivă care își propune stoparea evoluției leziunilor carioase. Procedura implică îndepărtarea țesutului carios folosind exclusiv instrumente manuale, adesea fără utilizarea anesteziei locale sau a echipamentelor electrice, urmată de aplicarea unui ciment glass-ionomer sau a altor cimenturi. Această metodă a fost inițial dezvoltată pentru a conserva dinții afectați de carii, având ca principală țintă comunitățile cu acces redus sau inexistent la electricitate, apă curentă și servicii stomatologice și cu resurse financiare limitate. Țările dezvoltate au început să adopte aceeași abordare în cazurile de carie severă precoce a copilăriei, pentru a controla progresia cariilor prin proprietatea cimenturilor glass-ionomer de a elibera fluor, redenumind tehnica drept Restaurare Terapeutică Interimară (ITR). O serie de studii sistematice au demonstrat că ART sau ITR, utilizând ciment glass-ionomer cu vâscozitate mare, este eficient pentru restaurările unei singure suprafețe la molarii temporari și permanenți

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Tehnica de Restaurare Atraumatică (ART) este o terapie dentară minim invazivă care poate fi utilizată ca opțiune de tratament pentru: copiii foarte mici sau necooperanți, unii copii cu nevoi speciale, sau din zonele cu resurse sanitare limitate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

2. Tehnica ART este indicată pentru gestionarea cariilor cavitare care implică o singură suprafață, atât pentru dentiția temporară, cât și pentru cea permanentă.

Recomandare bazată pe consens > Acord global: 76%

3. Cimentul glass-ionomer cu vâscozitate crescută este materialul de selecție pentru restaurările ART datorită biocompatibilității, sensibilității reduse la umiditate, timpului de priză favorabil, adeziunii chimice la smalț și dentină, eliberării de fluor.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%



4. ART nu trebuie utilizat la dinții cu carie profundă, potențială expunere pulpară, semne de pulpită ireversibilă sau abces.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

5. Deoarece abordarea ART folosește în principal instrumente manuale pentru curățarea cavităților carioase, procedura este ieftină, atraumatică și nu necesită anestezie locală.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 82%

How to cite: IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Atraumatic Restorative Treatment, 2022.

[http:// www.iapdworld.org/2022_18_atraumatic-restorative-treatment](http://www.iapdworld.org/2022_18_atraumatic-restorative-treatment).



20. TRATAMENTUL PENTRU COPIII CU NEVOI SPECIALE: ARTICOLE DE FOND ȘI RECOMANDĂRI

Bradshaw S, Bern D, Shaw K, Taylor B, et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity ~ a scoping review. BMC Pediatr 2019;19:301.

Available at:

<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1648-7>

Accessed May 22, 2020.

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, CDC. Communicating with and about people with disabilities.

Available at:

https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/pdf/disabilityposter_photos.pdf

Accessed March 2, 2020.

Craig MH, Scott JM, Slayton RL, Walker A, Chi DL. Preventive dental care use for children with special health care needs in Washington's Access to Baby and Child Dentistry Program. J Am Dent Assoc 2019;150:42-8.

FDA Drug Safety Communication. FDA review results in new warnings about using general anesthetics and sedation drugs in young children and pregnant women. December 2016.

Available at:

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532356.htm>

Accessed May 1, 2020.

Frank M, Keels MA, Quiñonez R, Roberts MW, Divaris K. Dental caries risk varies among sub-groups of children with special health care needs. Pediatr Dent 2019;41:378-83.

Khalid I, Chandrupatla SG, Kaye E, Scott T, Sohn W. Dental sealant prevalence among children with special health care needs: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2013-2014. Pediatr Dent 2019;41:186-90.

Kovalesky MB, Unkel JH, Reinhartz J, Reinhartz D. Discrepancies between dental parent-derived health histories and medical electronic health records. Pediatr Dent 2019;41:371-5.



Lewis CW. Dental care and children with special health care needs: A population-based perspective. Acad Pediatr 2009;9:420-6.

McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, et al. A New Definition of Children with Special Health Care Needs. Pediatrics 1988;102:1137-9.

Norwood KW, Slayton RL, Council on Children with Disabilities and Section on Oral Health. Oral health care for children with developmental disabilities. Pediatrics 2013; 131:614-9.

World Report on Disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

Available at:

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Accessed, March 2, 2020.



INTRODUCERE

Managementul sănătății orale a copiilor cu nevoi speciale (SHCN-Special Health Care Needs) face parte integrantă din practica stomatologică pediatrică. Copiii cu SHCN sunt definiți ca „cei care prezintă una sau mai multe afecțiuni cronice fizice, de dezvoltare, comportamentale sau emoționale și care necesită îngrijiri medicale și conexe speciale, de natură sau într-o măsură ce depășește nevoile obișnuite ale copiilor.”

RECOMANDĂRILE IAPD

1. Medicii stomatologi ar trebui să se refere la pacienții cu dizabilități utilizând un limbaj care pune persoana pe primul loc. De exemplu: „un copil care ...”, „un copil cu ...” sau „un copil care are ...”.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 88%

2. Cabinetele stomatologice pediatrice ar trebui să fie concepute astfel încât să poată primi copiii cu SHCN (de exemplu, acces pentru scaunele cu roțile) și ar trebui să ia în considerare dotarea cu echipamente care să îl ajute pe copil să facă față tratamentului dentar (de exemplu, pături ponderate, ochelari de soare, căști pentru reducerea zgomotului).

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

3. Istoricul medical obținut prin anamneză de la părinți sau de la tutorii legali trebuie validat de către medicul de familie/medicul pediatru sau prin consultarea dosarului medical electronic al copilului. Istoricul medical trebuie actualizat la fiecare programare.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

4. Copiii cu SHCN sunt diferiți, astfel că evaluarea riscului carios trebuie individualizată ținându-se cont de patologii sistemice existente și de medicația pacientului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%

5. Strategiile de prevenție trebuie adaptate și prioritizate la copiii cu SHCN.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 100%



6. Copiii cu SHCN ar trebui să beneficieze de același standard de îngrijire dentară ca și copiii fără SHCN ori de câte ori este posibil. Abaterile de la standardul de îngrijire și motivele pentru care s-au făcut aceste abateri trebuie documentate.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

7. Copiii cu SHCN pot necesita mai multe proceduri chirurgicale decât copiii fără SHCN. Prin urmare, medicii stomatologi ar trebui să ia în considerare combinarea reabilitării orale cu alte intervenții chirurgicale pentru a limita expunerea la anestezie generală.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%

8. Colaborarea între medicul stomatolog pediatru și medicul de familie ar trebui încurajată pentru a îmbunătăți sănătatea orală și generală a copilului.

Declarație bazată pe consens > Acord global: 94%



21. 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, 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



INTRODUCERE

Este foarte important ca medicul stomatolog pediatru să evalueze sănătatea gingivală și a parodonțiului 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 parodonțiului.

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 sugăr cu molari nati 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 sănătoasă 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 Gingir minim-atașată Gingivo-stomatită herpetică Trombocitopenia Anemie aplastică Acroinie Deficit de vitamina K Trombocitopenie	Gingie bolnavă, cu pierdere de os alveolar Defect cantitativ al neutrofilelor: (agranulocitoză, neutropenie cică, 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 necesara biopsia gingivală