

Pacientes especiales odontopediátricos. Revisión del año 2000

M. HERNÁNDEZ, E. ESPASA*, J. R. BOJ*

*Profesor asociado. *Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona*

RESUMEN

El propósito de este trabajo es dar a conocer los trabajos publicados más destacados en el campo de los pacientes especiales odontopediátricos durante el año 2000.

PALABRAS CLAVE: Pacientes especiales. Odontopediatria. Asma. Virus de la inmunodeficiencia humana.

Debido a la abundancia de referencias bibliográficas referentes a los pacientes especiales odontopediátricos durante el año 2000, nos hemos visto obligados a enumerar una serie de subgrupos, que son: general, asma, infección por el VIH o virus de la inmunodeficiencia humana, síndromes poco frecuentes y miscelánea.

GENERAL

En este apartado queremos señalar una serie de publicaciones que recuerdan nuestra condición de profesionales de la salud en el ámbito del tratamiento dental a los niños.

Así, Lackey y cols. (1) nos recuerdan que debemos tener la capacidad de diagnosticar y tratar emergencias médicas. Una vez hemos realizado el diagnóstico y estamos listos para administrar el tratamiento debemos tener un plan de actuación y, finalmente, es imperativo que tengamos el material adecuado para tratar al paciente. Por otra parte, deben tomarse cursos de educación continuada cada dos años y, además, realizar entrenamiento médico adicional. Sólo cuando todos estos requisitos se han cumplido podemos considerarnos bien preparados para atender emergencias médicas.

Hennequin y cols. (2) nos demuestran cómo las necesidades de tratamiento dental en el colectivo de pacientes especiales afectan, principalmente, de alteraciones tales como el autismo (34%), la incapacidad severa múltiple

ABSTRACT

The aim of this paper is to mention the more distinguished papers published concerning special needs in dentistry for children during the year 2000.

KEY WORDS: Special needs. Pediatric dentistry. Human immunodeficiency virus.

mental y física (20%), retrasos psicomotores (20%), grandes síndromes incluyendo el síndrome de Down y la parálisis cerebral (19%), pacientes médicamente comprometidos (4%) y otros (3%) son minusvaloradas tanto por los cuidadores como por los dentistas. El grado de patología avanzada hallado en este colectivo sugeriría que el dolor sufrido también fue minusvalorado y, así, se recomienda la constitución de equipos multidisciplinares para analizar y valorar la fuente, calidad y cualidad del dolor que sufran este tipo de pacientes.

Porto (3) nos pone al día sobre las urgencias y emergencias hipertensivas en los niños y tras definir las, describir las diferentes etiologías y situaciones clínicas así como su manejo y tratamiento, discute los mecanismos de acción, efectos adversos, dosis y vías de administración de los fármacos más comunes en el tratamiento de las emergencias hipertensivas en niños.

El propósito del estudio de Parry y Khan (4) fue investigar la opinión de los odontólogos generales (OG) en relación a la realización de tratamientos odontológicos en niños médicamente comprometidos. Se envió a 254 OG un cuestionario para valorar la confianza, experiencia y predisposición a tratar ocho grupos específicos de niños médicamente comprometidos. La media de niños tratados por OG en cada uno de los 8 grupos por encima de los 5 años fue de 0 a 2. Los resultados indican que este tipo de pacientes pueden tener problemas de acceso al cuidado dental y se sugiere un sistema integrado del cuidado dental médico y especializado.

Eltoum y Cassia (5) nos recuerdan que una entidad como la endocarditis infecciosa tiene una puerta de entrada oral y aprovechan para repasar la clasificación, morbilidad, manifestaciones clínicas, medios de diagnóstico, etiopatogenia y, finalmente, las consideraciones en cuanto al tratamiento, que rigen en la actualidad.

Little (6) nos comenta los avances recientes de interés en odontología respecto a la diabetes mellitus, centrándose en la enfermedad periodontal, la xerostomía, la caries dental, las parestesias, la boca urente y el liquen plano.

Sheehy (7) examinó 27 pacientes transplantados de hígado con una media de edad de 7 años y 10 meses para determinar la prevalencia de caries dental en niños con trasplante de hígado y comparar los índices de placa, gingivitis, crecimiento gingival y lesiones de la mucosa oral en niños antes y después del trasplante. Sólo se apreciaron diferencias respecto al crecimiento gingival que estuvo presente en el 41% de los receptores de hígado que recibieron ciclosporina, con o sin nifedipina, pero no en la mayoría que recibió tacrolimus.

El objetivo de Al-Sarheed (8) era investigar el estado de la salud bucal y la microflora bucal de niños que han recibido un trasplante de corazón o de corazón y pulmón. Se midió el depósito de placa, gingivitis, sangrado gingival, hipertrofia gingival y se realizó un frotis para examinar la flora microbiana bucal de 35 niños objeto de trasplante en el *Great Ormond Hospital*. Los niños con trasplante tenían un mayor número de defectos de esmalte y más hipertrofia gingival que los niños control, así como mayor sangrado gingival. Concluye que en este estudio las necesidades odontológicas del grupo de estudio fueron similares a las del grupo control pero que, sin embargo, podrían hacerse más mejoras en la educación de los padres y niños sobre la importancia de la prevención de la caries y de la buena higiene oral.

La artritis reumatoide juvenil (ARJ) es la enfermedad más común de la época infantil. Los niños con ARJ se quejan de articulaciones inflamadas y dolorosas acompañadas de incapacidad funcional. El 65% de los niños afectados de ARJ presentan implicación de la ATM aunque, curiosamente, no refieren dolor de la misma (9).

Es interesante la aportación de Flaitz (10) que nos acerca a los tratamientos de las lesiones orales de sintomatología común, en niños. Trata la gingivoestomatitis herpética primaria, la estomatitis aftosa, la infección recurrente por el herpes simple, la candidiasis orofaríngea, el impétigo perioral, los labios agrietados, la glositis migratoria benigna y la gingivitis ulceronecrotica aguda.

ASMA

Interés especial merecen los pacientes asmáticos para el odontopediatra por la elevada incidencia de esta patología tal y como nos refieren Waldman y cols. (11) al decir que desde 1980 hasta mediados de la década de los noventa el número de niños con asma se ha incrementado un 116% en los Estados Unidos; es la primera causa de hospitalización pediátrica y la responsable del 1% del gasto total sanitario de los EE.UU. Aunque el asma afecta a gente de cualquier edad, la mayoría de los

casos comienza en la infancia y el pico de prevalencia ocurre entre los 6 y 11 años de edad y se acompaña de un mayor absentismo escolar de ocho días frente a dos días y medio del grupo control.

Guérin y cols. (12) nos dicen que el elevado número de pacientes asmáticos existente impone el estudio de la incidencia del asma en la salud bucodental y, sobre todo, la búsqueda de las soluciones de carácter terapéutico que se deben adoptar en el ámbito odontológico, principalmente a nivel de los desencadenantes (sulfitos, parabenos, látex, formol y fármacos tales como la aspirina, los AINEs y las penicilinas), tanto con el fin de prevenir las crisis de asma como para tratarlas.

Shaw (13) se propuso estudiar la relación entre el asma infantil y la erosión dental. Para ello realizó el test del índice de desgaste dental de Smith y Knight a 418 niños y niñas, de los cuales 66 (15,8%) tenían asma. Encontró una mayor prevalencia de alteraciones en el grupo de los niños asmáticos que usaban inhaladores y, dentro del grupo, más en niñas que en niños. Tras el análisis se presentan diferentes hipótesis: el uso prolongado de estimulantes β -2 puede reducir el flujo salival; el uso prolongado de broncodilatadores provoca relajación muscular lisa, lo que favorecería el reflujo gastroesofágico; la medicación usada para controlar el asma es ácida con pH inferior al punto crítico de disolución de la hidroxiapatita, que es 5,5. Concluyen, finalmente, que los niños asmáticos presentan un riesgo muy elevado para el desarrollo de erosión dental, por lo que deben recibir atención preventiva especial.

INFECCIÓN POR EL VIH

Ramos (14) describe la incidencia y prevalencia de las manifestaciones orales de la infección por el VIH en una población de niños infectados perinatalmente. Se estudiaron 40 niños con una media de edad de 12 meses. La incidencia de candidiasis pseudomembranosa fue del 43% asociándose a bajo recuento de CD4, aparición de placa y retraso eruptivo. Ranganathan (15) refiere un 55,7% de incidencia de candidiasis, 47% gingivitis y 8,7% de incidencia de casos de periodontitis en su muestra de 300 pacientes de los que 27 eran pacientes pediátricos. Brown (16) nos explica que la micosis oral sigue siendo la infección oportunista más frecuente observada en pacientes con infección por el VIH; tanto en niños como en adultos. Sin embargo, aunque *Candida Albicans* es el organismo mayormente aislado, una especie de *Candida* recientemente descrita, *Candida Dublinskiensis*, ha ido ganado interés dada su exclusividad por los individuos seropositivos al VIH. Estudia su presencia en una población de 27 niños VIH+ y la encuentra en un 12% haciendo un llamamiento para futuros estudios que investiguen la prevalencia y patogénesis de esta nueva especie.

Gelbier y cols. (17) establecieron los niveles de caries dental y gingivitis en un grupo de 35 niños VIH positivos con edades comprendidas entre los 6 meses y los 18 años. La media caod fue 4,4 y la CAOD 0,7. Los índices medios de placa y gingivitis en dientes temporales fueron 16,7 y 5,1; los relacionados con la dentición permanente fueron 8,0 y 5,7. Todo ello indica que existe una necesidad significativa para tratar rigurosamente a estos

pacientes. Eldridge y Gallagher (18) estudiaron 45 niños y encontraron que el 63% de los niños tenían antecedentes de caries dental, muchos de ellos sin tratar. Las cifras medias de caod/CAOD fueron 4,4. El comportamiento en salud dental desfavorable incluía: consumo de azúcares extrínsecos no lácteos por la noche, toma de medicaciones basadas en azúcar, bajo consumo de flúor, comienzo tardío en el cepillado dental y pobre asistencia dental. Los niños infectados por el VIH deben considerarse con un alto riesgo de caries y recibir un cuidado dental apropiado, en términos tanto de tratamiento como de servicios preventivos, una vez se haya confirmado la seropositividad. A idénticas conclusiones llegó Tofsky (19) tras estudiar una cohorte de 104 niños VIH+, entre 2 y 15 años de edad, durante un periodo de dos años.

Flanagan (20) estudió la prevalencia de lesiones orales en niños tratados con terapia antirretrovírica altamente activa (HAART) y concluyó que las lesiones orales de tejidos blandos son comunes en niños infectados por el VIH y se asocian a bajos recuentos de CD4, no hallando diferencias significativas al comparar las manifestaciones de los niños sometidos a terapia HAART frente a los niños tratados sólo con inhibidores de la transcriptasa inversa.

Barasch y cols. (21) estudiaron las manifestaciones orales en tejidos blandos en 104 niños VIH+ y encontraron que los niños VIH positivos tenían, de manera significativa, más lesiones orales en tejidos blandos que sus pares control. La prevalencia de candidiasis, eritema lineal gingival y glositis romboidal media era muy alta. No se consideró que las lesiones orales fueran predictivas de mayor mortalidad y sólo se asocia la presencia de candidiasis con bajos recuentos de CD4 y progresión de la enfermedad.

SÍNDROMES INFRECIENTES

Brown (22) describe el caso de una niña de 14 años afecta de disqueratosis congénita. La disqueratosis congénita es una entidad multisistémica rara que implica principalmente al ectodermo; se caracteriza por una tríada de pigmentación de piel reticular, distrofia ungueal y leucoplaquia de mucosas. Los hallazgos bucales eran: hipodoncia, 2+2 diminutos, retraso de la erupción, raíces cortas, pérdida de hueso alveolar, lengua atrófica lisa e higiene oral pobre con sangrado gingival.

Hermesch (23), estudiando nueve niños con el síndrome de supresión de los brazos cortos (p) del cromosoma 18 (retraso mental, baja estatura, pabellones auriculares anómalos, labio leporino y/o paladar hendido, puente nasal plano, deficiencia de IgA, epicantus, cuello corto, microcefalia, ptosis, hipotonicidad y estrabismo) llega a la conclusión de que el patrón de caries que presentan es similar al de niños sin la enfermedad.

Sheehy (24) nos presenta el caso de una niña de seis años de edad afectada del síndrome de Leopard y describe el tratamiento odontológico que se presentaba con lesiones de caries extensas y múltiples que debió ser realizado bajo anestesia general. El síndrome de Leopard es una enfermedad rara, autosómica dominante que cursa con hipertelorismo, estenosis pulmonar, retraso del crecimiento, sordera y anomalías genitales en varones.

El querubismo es una enfermedad rara, autosómica dominante que cursa con una lesión fibrosa, osteolítica de los maxilares, que se repara con células gigantes. Es una displasia ósea hereditaria cuya patogenia es aún desconocida y cuya evolución sigue un patrón recidivante. Chbicheb (25) nos presenta el caso de una niña de 13 años y hace hincapié en la necesidad del tratamiento quirúrgico para recuperar la funcionalidad y la estética.

La osteomielitis de Garré (26) es un tipo de osteomielitis crónica que afecta de forma primaria a niños y adolescentes estando asociada, generalmente, a una infección odontogénica como resultado de la caries aunque, ocasionalmente, se ha informado de diferentes factores causales tales como la extracción dental y la periodontitis moderada. Este artículo describe un caso de osteomielitis de Garré en un niño de 8 años en el que la entidad apareció tras una infección periodontal de seis meses de evolución, tras un diagnóstico equivocado, en un primer molar que erupcionaba ectópicamente y estaba en infraoclusión.

Es importante también la contribución de Shirley (27), por un lado, al presentarnos el caso de una niña de 17 meses de edad y de Razouk (28), por otro, presentando el caso de un niño de 7 meses de edad, afectos de histiocitosis X. Esta enfermedad acontece con una frecuencia de 0,2 a 1 caso por cada 100.000 y, en el 50% de los casos, afecta a niños menores de 10 meses de edad y, mayormente, de sexo masculino. Ambos tratan las manifestaciones orales de la histiocitosis X.

Bozzo (29) comunica tres casos de fibromatosis gingival hereditaria. Es ésta una enfermedad oral rara que se caracteriza por un lento y progresivo crecimiento gingival, tanto maxilar como mandibular. Afecta tanto a hombres como a mujeres con una frecuencia de 1:175.000. La encía es normal en cuanto a color y textura, no existe sangrado y es asintomática. El tratamiento es quirúrgico y consiste en técnicas de gingivectomía y gingivoplastia.

Se presenta un caso de síndrome de Coffin-Lowry (30) con pérdida prematura de dientes; el caso de un paciente de 7 años de edad que presentaba incisivos trífidados y se acompañaba de micrognatia, gran fontanela frontal y dedos largos (31); los hallazgos orales en el caso de un niño de 2 años de edad afecto del síndrome de Morquio o mucopolisacaridosis de tipo IVa (32); el tratamiento de quistes mandibulares asociados a osteogénesis imperfecta en un niño de 15 años de edad (33); las características craneofaciales del síndrome de Klippel-Feil a propósito de una niña de 8 años de edad (34); las manifestaciones orales del síndrome de Hurler a propósito del caso de un niño de tres años y medio de edad (35) y, finalmente, Kobayashi (36) nos presenta un caso de falso labio leporino y paladar hendido con holoprosencefalia IV-A al que se le practicó queiloplastia a los dos años y medio de edad.

En Suecia, Kjellberg (37) estudia 10 niños y 6 niñas afectos del síndrome de Silver-Russel. Este síndrome se caracteriza por estatura corta, deficiencia de hormona del crecimiento y asimetrías del cuerpo, encontrándose asimetrías y desviaciones en las proporciones faciales tales como inclinaciones maxilo-mandibulares y altura facial anterior proporcionalmente mayor que la altura

facial posterior. Los autores concluyen que el mayor porcentaje de maloclusiones y la presencia de dientes con hipomineralización, propios de este síndrome, implica una mayor demanda de tratamiento tanto dental como ortodóncico.

Como colofón a este apartado Bhatt (38) nos presenta un caso de miasis oral. La miasis oral es una situación muy rara causada por la invasión de los tejidos por larvas de mosca. Presenta un caso de miasis oral, en un niño de 12 años de edad, localizada a nivel del cuarto cuadrante, con encía tumefacta y que se resolvió tratando la lesión gingival con éter y lavados con suero fisiológico, tras lo cual la lesión sanó sin secuelas.

MISCELÁNEA

Waldman (39, 40) nos advierte que “el niño gordito es mono pero los niños rechonchos pueden estar en peligro”. El porcentaje de niños entre seis y diecisiete años que padece sobrepeso ha aumentado en un 200% desde la década de los sesenta, con una mayor incidencia desde 1980. Se hace una llamada para alertar a los odontopediatras del papel que juegan en la prevención de las futuras complicaciones médicas que sufrirán estos niños.

A propósito de lo que comen los niños Becerra (41), tras analizar los resultados de un programa dental infantil, informa de las condiciones orales en niños brasileños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad y Bian (42) nos explica los patrones de caries y su relación con la alimentación infantil y el estatus socioeconómico en un grupo de niños chinos de entre dos y cuatro años de edad.

Vanderas (43) estudia 314 niños de entre 6 y 8 años de edad para saber si el incremento de caries en los niños tiene relación con el incremento en la excreción urinaria de catecolaminas y concluye que el aumento en la producción de epinefrina y dopamina, como resultado de situaciones que se acompañan de la presencia de estrés emocional y ansiedad, tiene un impacto fortísimo en el incremento de caries dental.

Otro grupo numeroso son los pacientes oncológicos que, cada vez, llegan en mayor número a nuestras consultas. Destaca el trabajo de Cheng (44) que, a propósito de un caso, revisa los efectos que la terapia oncológica tiene en el desarrollo dental y maxilofacial infantil. Otros trabajos nos informan del carcinoma mucoepidermoide palatino en un niño (45); del linfoma de Burkitt que se acompaña de reabsorción alveolar primaria (46); de la presencia de hamartomas en un recién nacido (47) y de la pérdida prematura dentaria que acompaña a la neutropenia, como manifestación de la leucemia (48).

Figueiredo (49) estudia un colectivo de pacientes con discapacidad mental y se centra en el diagnóstico de la presencia de *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* y *Bacteroides forsythus*, que son las especies infectivas anaerobias más frecuentes asociadas a enfermedad periodontal, aplicando el test BANA (benzoidil-arginina naftilamida) y concluye que es un test válido en combinación con los criterios clínicos para diagnosticar la infección periodontal de origen anaerobio. Allison (50) informa del acceso a tratamiento den-

tal entre el colectivo de pacientes afectados del síndrome de Down en Francia; Barry (51) repasa los problemas presentes en pacientes que junto al retraso mental sufren epilepsia y, el mismo (52), informa del manejo de conducta en niños con retraso mental y enfermedad hiperactiva con déficit de atención, mientras Felicetti (53) estudia las diferencias de comportamiento entre niños que presentan la enfermedad hiperactiva con déficit de atención y niños que no la presentan.

Mignogna (54) presenta una evaluación clínica de 42 casos de tuberculosis oral destacando la presencia de úlceras orales de componente mucoso y óseo. Se hace hincapié en la importancia del diagnóstico precoz y se advierte del rebrote que ha sufrido esta enfermedad en la última década.

Jiménez-Castellanos (55) informa del caso de un niño que presenta anodoncia asociada a displasia ectodérmica anhidrótica y cómo se confeccionaron unas prótesis completas para permitir que el paciente se desarrollara de manera satisfactoria.

Declerq (56) relaciona las anomalías dentarias y las oculares. Realiza un estudio sobre 219 deficientes visuales y constata la presencia más elevada de anomalías dentales en los pacientes que presentaban deficiencias visuales. La causa de las patologías asociadas del ojo y los dientes se explica por el mismo origen embriológico ya que derivan del neuroblasto; del ectomesénquima y el ectoblasto, en particular. A consecuencia de este estudio, constatan que la frecuencia de anomalías dentarias en una población de deficientes visuales es significativamente superior (con una significación de 0,01) a la que presenta un colectivo sin patologías de interés.

Para finalizar, citaremos a Ram (57) que informa de las consecuencias negativas, tanto orales como dentales, en tres casos de niñas de 14, 15 y 17 años de edad con *piercing* en forma de bola, en la lengua. Dos de ellas presentaban fracturas dentarias a nivel incisivo y sensibilidad al frío; la tercera presentaba dolor y tumefacción de la lengua. Recomienda que los odontopediatras informemos a los padres y los jóvenes de los riesgos del *piercing* intraoral o perioral, tanto a nivel de las estructuras intraorales como del organismo en general y de la transmisión de enfermedades como la hepatitis o VIH, en particular.

CORRESPONDENCIA:
Miguel Hernández
C/ Mallorca 302, 2ª 1ª
08037 Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

1. Lackey T, Hutchins H, Hutchins T. Survey of emergence preparedness of pediatric dentists from the Southeastern United States. *J Dent Child* 2000; January-February: 47-49.
2. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dentistry* 2000; 28: 131-6.
3. Porto I. Hypertensive emergencies in children. *J Pediatr Health Care* 2000; 14: 312-9.

4. Parry J, Khan F. Provision of dental care for medically compromised children in the UK by General Dental Practitioners. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 322-7.
5. Eltoun S, Cassia A. Endocardite infectieuse à porte d'entrée orale. *Rev D'odontostomatol* 2000; 29: 29-47.
6. Little J. Recent advances in diabetes mellitus of interest to dentistry. *Spec Care Dent* 2000; 20: 46-52.
7. Sheehy E, Roberts G, Beighton D, O'Brien G. Oral health in children undergoing liver transplantation. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 98-108.
8. Al-Sarheed M, Angeletou A, Ashley P, Lucas V, Whitehead B, Roberts G. An investigation of the oral status and reported oral care of children with heart and heart-lung transplants. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 298-305.
9. Harper R, Brown C, Triplett M, Villasenor A, Gatchel R. Masticatory function in patients with Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Pediatr Dent* 2000; 22: 200-6.
10. Flaitz C, Baker K. Treatment approaches to common symptomatic oral lesions in children. *Dent Clin North Am* 2000; 44: 671-696.
11. Waldman H, Swerdloff M, Perlman S. ASTHMA. An increasing number of your pediatric patients may have asthma: The demographics of asthma. *J Dent Child* 2000; March-April; 98: 101.
12. Guérin T, Laurent P, Wierzbica CB. Le patient asthmatique en milieu odontologique. *Act Odonto Stomatol* 2000; 210: 195-207.
13. Shaw L, Al-Dlaigan Y, Smith A. Childhood asthma and dental erosion. *J Dent Child* 2000; March-April: 102-106.
14. Ramos-Gómez F, Petru A, Hilton J, Canchola A, Wara D, Greenspan J. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 3-11.
15. Ranganathan K, Reddy B, Kumarasamy N, Solomon S, Viswanathan R, Johnson N. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. *Oral Diseases* 2000; 6: 152-7.
16. Brown D, Jabra-Rizk M, Falkler W, Baqui A, Meiller T. Identification of *Candida dubliniensis* in a study of HIV-Seropositive pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2000; 22: 234-8.
17. Gelbier M, Lucas V, Zerrou N, Roberts G, Novelli V. A preliminary investigation of dental disease in children with HIV infection. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 13-8.
18. Eldridge K, Gallagher J. Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 19-26.
19. Tofsky N, Nelson E, Lopez R, Catalanotto F, Fine D, Katz R. *Pediatr Dent* 2000; 22: 207-14.
20. Flanagan M, Barasch A, Koenigsberg S, Fine D, Houpt M. Prevalence of oral soft tissue lesions in HIV-infected minority children treated with highly active antiretroviral therapies. *Pediatr Dent* 2000; 22: 287-91.
21. Barasch A, Safford M, Catalanotto F, Fine D, Katz R. Oral soft tissue manifestations in HIV-positive vs. HIV-negative children from an inner city population: A two year observational study. *Pediatr Dent* 2000; 22: 215-20.
22. Brown C. Dyskeratosis congenital: report of a case. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 328-34.
23. Hermesch C, Cody J, Cody J. Dental caries history in nine children with chromosome 18p deletion syndrome. *Spec Care Dent* 2000; 20: 53-5.
24. Sheehy E, Soneji B, Longhurst P. The dental management of a child with LEOPARD syndrome. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 158-60.
25. Chbicheb S. Le chérubisme: à propos d'un cas. *Act Odon Stomatol* 2000; 210: 167-75.
26. Oulis C, Berdousis E, Vadiakas G, Goumenos G. Garre's osteomyelitis of an unusual origin in a 8-year-old child. A case report. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 240-4.
27. Shirley J, Thornton J. Oral manifestations of Langerhans' cell histiocytosis: Review and report of case. *J Dent Child* 2000; July-August: 293-6.
28. Razouk O, Ambarish P, Tadros N, Krishna R. Maladie de Letterer-Siwe. À propos d'un cas. *Act Odonto Stomatol* 2000; 209: 21-6.
29. Bozzo L, Machado M, de Almeida O, Lopes M, Coletta R. Hereditary gingival fibromatosis: report of three cases. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25: 41-6.
30. Day P, Cole B, Welbury R. Coffin-Lowry syndrome and premature tooth loss: A case report. *J Dent Child* 2000; March-April: 148-50.
31. Butcher G, Crawford P, Turnpenny P, Perham T. Trifid incisors with multiple systemic findings; a patient in search of a diagnosis: Report of case. *J Dent Child* 2000; July-August: 285-7.
32. Barker D, Welbury R. Dental findings in Morquio syndrome. *J Dent Child* 2000; November-December: 431-3.
33. Vorast H, Howaldt H, Wetzel W. The treatment of mandibular cysts associated with osteogenesis imperfecta. *J Dent Child* 2000; January-February: 64-6.
34. Ozdiler E, Akcam M, Sayin M. Craniofacial characteristics of Klippel-Feil syndrome in an eight year old female. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24: 249-54.
35. Thomas S, Tandon S. Hurler syndrome: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24: 335-8.
36. Kobayashi J, Arai N, Kiyosaki I, Uzawa N, Ishii J, Yoshimasu H, Amagasa T. A case of false median cleft of upper lip with IV-A holoprosencephaly that underwent cheiloplasty at 2.5 years of age. *Oral Diseases* 2000; 6: 391-394.
37. Kjellberg H, Bergman A, Albertsson K. Craniofacial morphology and dental age in children with silver-russel syndrome (SRS). *Swed Dent J* 2000; 24: 219.
38. Bhatt A, Jayakrishnan A. Oral myiasis: a case report. *Int J Paed Dent* 2000; 10: 67-70.
39. Barry H. Baby fat is cute, but chubby kids may be in danger. *J Dent Child* 2000; January-February: 15-17.
40. Barry H. More than "just" food: What are our youngsters eating. *J Dent Child* 2000; January-February: 18-20.
41. Bezerra S, Costa I. Oral conditions in children from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25: 79-81.
42. Bian M, Guo L. Caries patterns and their relationship to infant feeding and socio-economic status in 2-4 year old chinese children. *Int Dent J* 2000; 50: 385-389.
43. Vanderas A, Manetas K, Papagiannoulis L. Caries increment in children and urinary catecholamines: findings at one year. *J Dent Child* 2000; September-October: 355-359.
44. Cheng Ch, Huang W, Ping T, Ko E, Liao Y. Effects of cancer therapy on dental and maxillofacial development in children: report of case. *J Dent Child* 2000; May-June: 218-22.
45. Flaitz. Mucoepidermoid carcinoma of the palate in a child. *Pediatr Dent* 2000; 22: 292-3.
46. Mitsudo K, Tohrai I, Hayashi Y, Ueda M, Yambe M, Hirose Y. A case of Burkitt's lymphoma that presented initially with resorption of alveolar bone. *Oral Diseases* 2000; 6: 256-8.
47. Hayes P. Hamartomas, eruption cyst, natal tooth and Epstein pearls in a newborn. *J Dent Child* 2000; September-October: 365-8.
48. Da Fonseca, Fontes F. Early tooth loss due to cyclic neutropenia: long term follow-up of one patient. *Spec Care Dent* 2000; 20: 187-90.
49. Figueiredo L, Toledo B, Salvador S. The relationship between place BANA reactivity and clinical parameters in subjects with mental disabilities. *Spec Care Dent* 2000; 20: 195-8.
50. Allison P, Hennequin M, Faulks D. Dental care access among individuals with Down syndrome in France. *Spec Care Dent* 2000; 20: 28-34.
51. Barry H, Swerdloff M, Perlman S. Children with mental retardation and epilepsy: demographics and general concerns. *J Dent Child* 2000; July-August: 268-74.
52. Barry H, Swerdloff M, Perlman S. You may be treating children with mental retardation and attention deficit hyperactive disorder in your dental practice. *J Dent Child* 2000; July-August: 241-5.
53. Felicetti D, Julliard K. Behaviors of children with and without attention deficit hyperactivity disorder during a dental recall visit. *J Dent Child* 2000; July-August: 246-9.
54. Mignogna M, Muzio L, Favia G, Ruoppo E, Sammartino G, Zarrelli C, et al. Oral tuberculosis: a clinical evaluation of 42 cases. *Oral Diseases* 2000; 6: 25-30.
55. Jiménez-Castellanos E, Correa D, Carro A, López M. Anodontie associée à une dysplasie ectodermique anhidrotique. A propos d'un cas clinique. *Rev Odont Stomatol* 2000; 29: 17-22.
56. Declercq J, Devillers A. Anomalies dentaires et oculaires. *Act Odonto Stomatol* 2000; 209: 61-71.
57. Ram D, Peretz B. Tongue piercing and insertion of metal studs: Three cases of dental and oral consequences. *J Dent Child* 2000; September-October: 326-9.