

Hábitos de higiene, dieta y flúor en niños preescolares de un centro de Madrid

Bartolomé Villar, B.; De Nova García, M.J.; Beltri Orta, P.; Barbería Leache, E.

Resumen

Este trabajo forma parte de un Proyecto de Investigación Precompetitivo de la U.C.M. Se analizan diversos parámetros preventivos: dieta, cepillado dental, consumo de flúor, uso de pasta dentífrica y seda dental en 145 niños preescolares de un Centro educativo de Madrid.

En general, hemos obtenido unos buenos hábitos de higiene oral, encontrando que un 88,2% de los niños presentaban cepillado regular diario; un 85,71% usaban pasta dentífrica y sólo un 4,8% utilizaban hilo de seda dental. El consumo de flúor en cualquiera de sus formas de administración fue bajo, al igual que los niños que tomaban una dieta rica en azúcares (2,97%)

Palabras Clave: Higiene oral; hábitos de salud dental; niños preescolares; dentición temporal.

Hygiene, dietary and fluoride habits in pre-school children from a center in Madrid

Summary

This work forms a part of the Precompetition Investigation Project of the U.C. M. Several preventive parameters have been analyzed: diet, tooth brushing, use of fluoride, use of tooth paste and dental floss in 145 pre-school children from an educational center in Madrid.

In general, we have obtained good oral hygiene habits, finding that 88.2% of the children brushed their teeth daily, 85.71% used tooth paste and only 4.8% used dental floss. The use of fluoride in any of its administration forms was low as was also the number of children who consumed a sugar rich diet (2.97%).

Key Words: Oral hygiene; dental health habits; pre-school children; primary dentition.

Actualmente es escasa la información divulgada acerca de la caries y su prevención en el período de vida que comprende desde el nacimiento a los 6 años de edad. Son muchos los padres que desconocen lo que deberían hacer para evitar que su hijo desarrolle caries desde el momento en que erupcionan los primeros dientes en su boca. En este sentido, el odontopediatra y la Odontopediatría en sí tienen una labor fundamental:

- Difusión de información con el fin de que la prevención en niños más pequeños sea puesta en marcha con la ayuda de las personas más importantes para el pequeño en esta época: los padres.

- A tal efecto, tomar en consideración el papel que ejercen padres, educadores y pediatras que a su vez serán los mejores coadyuvantes en la mejora bucodental de los niños.

- Dar respuesta adecuada a las necesidades de atención de los mismos.

- Realización de mayor número de investigaciones para un mejor conocimiento actual de la patología existente y realizar de acuerdo a ello un buen asesoramiento preventivo a estas edades.

El hecho de que el odontopediatra establezca un programa de salud oral infantil presenta una serie de ventajas⁽¹⁾:

- Interceptar y modificar hábitos de alimentación perjudiciales.
- Ayudar a los padres a establecer patrones de dieta favorables para la salud del niño⁽²⁾.
- Educar a los padres en la higiene oral del niño⁽²⁾.
- Determinar el estado de flúor y realizar las recomendaciones al respecto.
- Introducir al niño en la odontología de forma favorable.

Los parámetros preventivos más frecuentemente analizados en las investigaciones de los autores revisados incluyen:

1.- **Dieta:** Los alimentos que forman parte habitual de los niños de este grupo etario se caracterizan por poseer un elevado poder cariogénico (leche azucarada o chocolateada, cereales azucarados⁽³⁾, zumos⁽⁴⁾...); siendo la dentición temporal más susceptible que la permanente al poseer menor cantidad de tejido dental⁽⁵⁾. Además, existen diversos factores que favorecen el desarrollo de caries dental a estas edades⁽⁶⁾:

. La entrada de los niños a las guarderías, las casas de los abuelos, las fiestas de cumpleaños..., lo cual les pone en contacto con alimentos diferentes.

. La televisión, ya que el niño preescolar está expuesto de 2-8 horas con gran número de anuncios de dulces.

. El elevado grado de actividad a esta edad, lo cual le hace disponer de mucho tiempo libre con lo que puede aumentar el consumo de aperitivos⁽⁷⁾.

. El consumo de medicinas en forma, generalmente, de jarabes infantiles, los cuales contienen glucosa⁽⁸⁾.

Por todo ello, algunos autores proponen que ciertos alimentos aceptables como frutas, queso, frutos secos... deberían introducirse en la alimentación del niño en cuanto éste desarrolle patrones de masticación adecuados, evitando aquellos que tengan elevado contenido de hidratos de carbono⁽⁹⁾.

2.- **Flúor:** Se ha discutido mucho sobre el papel del flúor en la prevención de la caries dental. Se han señalado sus beneficios, tanto en el período preeruptivo (mejorando la cristalinidad y disminuyendo la solubilidad adamantina), como posteruptivo (fundamentalmente remineralizando el esmalte previamente desmineralizado)⁽¹⁰⁾.

Actualmente se recomienda el flúor en comprimidos para aquellos niños con especial tendencia a la caries, así como en aquellos casos donde sea importante preservar la dentición primaria de la caries (hipodoncia, pacientes médicamente comprometidos...); las

aplicaciones tópicas de fluoruros por profesionales deben basarse en el riesgo de caries⁽¹¹⁾.

3.- **Cepillado dental:** Muchos autores opinan que debe establecerse un programa individualizado según la salud general y oral del niño, su grado de destreza, la responsabilidad de sus padres y el nivel de placa dental^(12,13).

Generalmente, a los niños se les recomienda la técnica de barrido horizontal y/o la de barrido con movimientos circulares⁽¹⁴⁾ no más de dos veces al día, ya que según la FDI una mayor frecuencia no supone ningún beneficio; además, en niños menores de 7 años se recomienda que los padres lo realicen una vez al día, ya que el niño aún carece de la habilidad necesaria, siendo suficiente para mantener una higiene oral buena⁽¹²⁾ y animando al niño a que se cepille sólo y vaya haciéndose responsable en sus propios cuidados. Debido a que el preescolar no tiene la capacidad conceptual ni la destreza necesarias para eliminar la placa eficazmente^(15,16), el cepillado dental supervisado y/o con ayuda es un método de gran efectividad para una mejor higiene oral.

3.1.- **Uso de pasta dentífrica:** Se recomienda que los niños mayores de 4 años se cepillen dos veces al día con una pasta que contenga 0,1% de flúor; los niños menores de 4 años utilizarán una cantidad de pasta de aproximadamente el tamaño de un guisante⁽¹⁷⁾.

4.- **Seda dental:** Los preescolares son incapaces todavía de usar el hilo de seda por lo que su manejo dependerá de los padres hasta que el niño adquiera la destreza suficiente. Algunos estudios reflejan una reducción de caries interproximales mediante el uso diario del hilo de seda en niños de 5,8 años de edad⁽⁸⁾.

Los padres, pues, son los responsables máximos en el uso del cepillo e hilo dental en sus hijos⁽¹⁹⁾, siendo a partir de los 6 años cuando el niño puede comenzar a cepillarse adecuadamente sin la supervisión tan constante de los padres⁽²⁰⁾.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio forma parte de un Proyecto de Investigación precompetitivo de la U.C.M.

El examen se llevó a cabo en 145 niños (64 varones y 81 mujeres) con edades comprendidas entre 24-72 meses, con las mismas características reflejadas en el artículo "Examen dental en niños preescolares de un centro educativo de Madrid" (*Odont Pediatr* 1998; 6:41-47). Examinamos también 49 niños menores de 2 años en los cuales se llevó a cabo fundamentalmente un estudio dentario eruptivo, completándolo con

Tabla I. Distribución de la muestra total en referencia a la frecuencia de cepillado dental, por grupos de edad.

Edad (meses)	Cepillado (veces/día)			
	0	1	2	3
>24 ≤ 36	8 (21,6%)	26 (90,2%)	3 (8,1%)	0
>36 ≤ 48	3 (8,3%)	26 (72,2%)	6 (16,6%)	1 (2,7%)
>48 ≤ 60	0	18 (66,6%)	9 (33,3%)	0
>60	2 (11,7%)	10 (58,8%)	5 (29,4%)	0
Total	13	80	23	1

datos aportados por un cuestionario simplificado entregado a los padres.

Un hecho a reseñar es que todas las variables analizadas en el presente artículo se han obtenido a través de respuestas obtenidas en los correspondientes cuestionarios. En ellos, formulamos preguntas para recoger, entre otros datos, información referente a:

- Frecuencia de cepillado dental (ninguna, una, dos o tres veces al día).
- Uso de pasta dentífrica.
- Ayuda y/o supervisión de los padres en el cepillado.
- Empleo de seda dental u otros medios de remoción de restos alimenticios en los espacios interproximales.
- Dieta en casa durante una semana haciendo hincapié en anotar todos aquellos alimentos (líquidos o sólidos) consumidos en el desayuno, comida, merienda, cena y entre horas.
- Consumo de flúor bien sea de forma sistémica (gotas o comprimidos) o local a través de enjuagues de flúor o aplicación profesional en el consultorio dental.
- Visita al dentista y fecha de la última revisión.

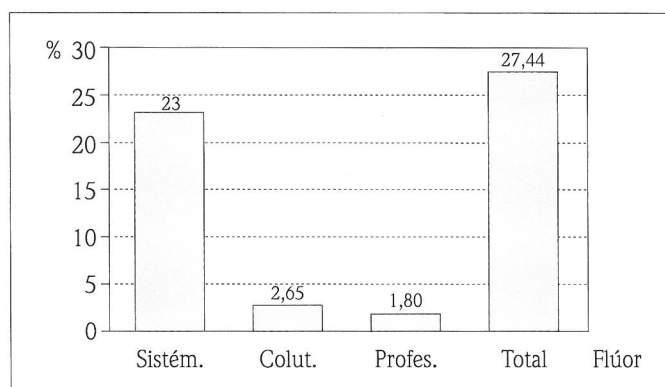
RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los parámetros analizados:

1. Cepillado dental

Observamos que 14 niños no se cepillaban nunca (11,8%), 80 lo hacían una vez al día (67,8%), 23 lo hacían dos veces (19,5%) y un sólo niño lo hacía tres veces al día (0,8%). De los niños que se cepillaban 59 (45,04%) eran varones y 72 (54,96%) mujeres, no siendo estas diferencias significativas. La distribución por grupos de edad queda reflejada en la tabla I.

En los niños menores de 2 años, se observa que 34

**Figura 1.** Consumo de flúor en sus distintas formas de administración, en niños preescolares.

(79,06%) no se cepillaban nunca, 6 (13,95%) lo hacían una vez al día, 2 (4,64%) lo hacían dos veces y ningún niño se cepillaba tres veces al día.

Hay una relación estadísticamente significativa entre caries dental y frecuencia de cepillado de 1-2 veces al día ($p < 0,01$ y $p = 0,02$ respectivamente), así como entre frecuencia de cepillado y edad ($p < 0,05$).

1.1. Ayuda y/o supervisión del cepillado

De los niños mayores de 2 años, un 86,73% recibían ayuda en su cepillado y en un 94,89% su cepillado era supervisado. En los niños menores de 2 años existía supervisión en un 83,7%.

1.2. Uso de pasta dentífrica

La mayoría de los niños menores de 2 años (95,3%) no utilizaban pasta dentífrica en el cepillado, mientras que en los mayores de 2 años ocurre lo contrario (un 85,71% usaba pasta dental).

2. Seda dental

De los niños examinados tan sólo el 4,8% de los niños mayores de 2 años utilizaban seda dental, siendo la edad media de $57 \pm 10,8$ meses.

3. Aporte de flúor

De la muestra de niños mayores de 2 años, se ha encontrado que un 72,56% de ellos no recibían ni habían recibido nunca ningún aporte de flúor. El 27,44% restante había tomado flúor de una de las siguientes formas: sistémico en un 23%, enjuagues con colutorio en un 2,66% y un 1,78% mediante aplicación profesional en la consulta dental (generalmente flúor en cubetas) (Fig. 1).

Tabla II. Distribución por grupos de edad de la muestra total en referencia a la consulta dental.

Edad (meses)	Visita al dentista	
	Nº de niños	%
>24 ≤ 36	3	6,38
>36 ≤ 48	7	16,28
>48 ≤ 60	12	38,71
>60	10	43,48

No hay una relación estadísticamente significativa entre la presencia de caries dental y el consumo local o sistémico de flúor ($p=0,61$).

En niños menores de 2 años tan sólo se obtuvo que un 20,4% tomaban flúor siendo únicamente la forma sistémica la utilizada.

4. Visita al dentista

En total, un 27,02% de los niños mayores de 2 años habían visitado al dentista en alguna ocasión, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos (25% varones y 20% mujeres). La distribución por edades se puede ver en la tabla II.

La mayoría de los niños menores de 2 años de edad no había acudido nunca al dentista (93,1%).

5. Dieta

El examen de la dieta se llevó a cabo únicamente en los niños mayores de 2 años. Se analizó la dieta a nivel del Centro educativo, encontrando que ésta era adecuada, baja en hidratos de carbono. La dieta en casa se clasificó como buena (si el niño no tomaba ningún tipo de azúcar entre comidas fundamentalmente); regular (si la ingesta era de 2-3 azúcares entre horas a la semana) y mala si se sobrepasaba la cantidad de carbohidratos señalada. De esta forma se obtuvo que en el 69,3% de los niños la dieta era adecuada, en el 27,72% era regular y tan sólo un 2,97% de los preescolares ingerían un exceso de hidratos de carbono en la dieta (Fig. 2).

No se halló una relación estadísticamente significativa entre la dieta y presencia de caries ($p=0,9$).

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores revisados encuentran que los niños preescolares presentan hábitos diarios de cepillado. Así, Paunio y cols.⁽²¹⁾ obtienen que 78,6% de niños de 3 años de edad presentan cepillado regular

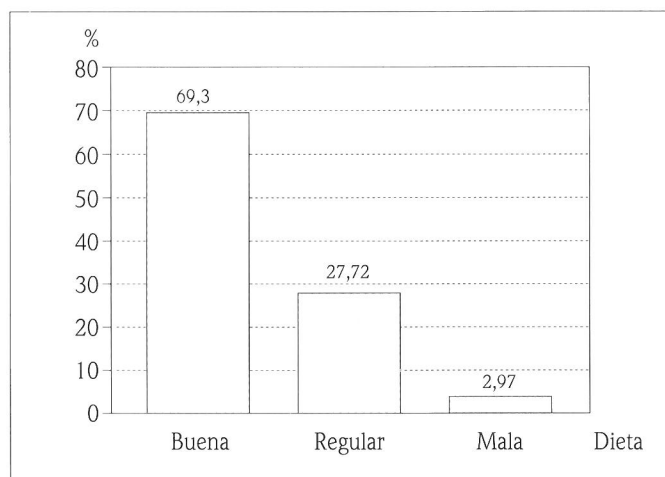


Figura 2. Análisis de la dieta en niños preescolares según la cantidad de hidratos de carbono consumidos.

diario; Grytten y cols.⁽²²⁾ obtienen, a esta misma edad, un 83%; Steckslen-Blicks y Holm⁽²³⁾ observan que entre un 84-94% de niños de 4 años se cepillan una vez al día; Simmard y cols.⁽²⁴⁾ encuentran que 71,4% de niños de 2-5 años se cepillan dos veces al día y Bjarnason y cols.⁽²⁵⁾ observan cepillado regular en el 60% de niños de 3-4 años. En un trabajo realizado en España durante 1997 se obtuvo que un 36,9% de los niños menores de 6 años se cepillaban una vez al día, un 22,6% dos veces y un 8,3% tres veces al día⁽²⁶⁾. En nuestro estudio también se ha constatado un hábito de cepillado regular diario (88,2% de los niños lo hacen al menos una vez al día), siendo más frecuente el cepillado de 1-2 veces al día, hecho también reflejado en otros trabajos^(27,28).

Autores como Paunio y cols.⁽²¹⁾, Steckslen-Blicks y Holm⁽²³⁾ y Schou y Uitenbroek⁽²⁷⁾ observan, al igual que nosotros, una relación significativa entre la frecuencia de cepillado y la caries dental, y únicamente Bjarnason y cols.⁽²⁵⁾, entre los autores revisados, no encuentran esta relación.

Ekman y cols. obtienen que cerca del 50% de los niños entre 4-6 años eran ayudados en su cepillado⁽²⁸⁾; en el trabajo de Barnhart y cols.⁽²⁹⁾ esta cifra se reduce al 40% en niños de 2-4 años, cifra muy similar a la obtenida en el estudio prospectivo Delphi en niños menores de 6 años (42,1%), siendo nuestro porcentaje (86,73%) mucho más elevado. Para Bjarnason y cols.⁽²⁵⁾, la mayoría de los niños preescolares no reciben ayuda, hecho en concordancia con Steckslen-Blicks y Holm, los cuales encuentran que la prevalencia de niños que se cepillan de 1-2 veces al día con ayuda fue signifi-

tivamente más baja que los que se cepillan irregularmente⁽²³⁾.

Nosotros observamos que de los niños mayores de 2 años que se cepillan, un 85,71% utilizaba pasta dentífrica con flúor; datos semejantes son referidos por Stecksén-Blicks y Holm (92%)⁽²³⁾ y porcentajes menores por Ekman y cols. (73%)⁽²⁸⁾ en niños de 4-6 años y Bjarnason y cols. (38%)⁽²⁵⁾. Simmard y cols.⁽²⁴⁾ analizan la cantidad de pasta aplicada en el cepillo en niños de 2-5 años, encontrando que en el 40,9% de niños se aplicaba 1/3 o menos de pasta en el cepillo, el 50% utiliza pasta entre 1/3-2/3 del cepillo y 9,1% sobrepasaban más de 2/3. Además, constatamos que son los niños menores los que normalmente no emplean pasta en su cepillado, dato también constatado por Grindefjord y cols.⁽³⁰⁾.

En nuestro trabajo son muy pocos los preescolares que han acudido en alguna ocasión a una consulta dental bien sea para tratamiento o revisión (27,02%) siendo generalmente los niños de mayor edad; estos datos son sumamente bajos si los comparamos con los de otros estudios (100% a los 3 años⁽²³⁾, 75% a los 4 años⁽³¹⁾ y 21,8% a los 3 años⁽³²⁾). Esta discrepancia podría atribuirse a que algunos de estos trabajos están realizados en países donde existen programas de salud bucodental que aconsejan prenatalmente a los futuros padres, así como programas que proporcionan cobertura dental a niños de estas edades; por ello creemos importante la labor de información precoz con el fin de inculcar a los padres el inicio temprano de la atención bucodental.

La mayoría de los estudios revisados incluyen, al analizar el consumo de flúor, solamente el flúor sistémico en forma de tabletas, encontrando resultados ampliamente discordantes. Así, frente a frecuencias tan bajas como las señaladas por Bjarnason y cols. (0,63% de los niños)⁽²⁵⁾ o Stecksén-Blicks y Holm (7% en niños de 4 años)⁽²³⁾, observamos frecuencias relativamente aceptables como las documentadas por Paunio y cols. (57% de consumo regular)⁽²¹⁾ y Grytten y cols. (55% en niños de 2,5 años)⁽²²⁾. Nosotros encontramos que aproximadamente el 23% de los preescolares mayores de 2 años recibían aporte sistémico de flúor, resultado semejante al obtenido por Ekman y cols. (23% en niños finlandeses y 20% en suecos)⁽²⁸⁾. Tan sólo Paunio y cols. encuentran una asociación significativa entre el consumo de flúor y una disminución en la prevalencia de caries dental⁽²¹⁾, relación no constatada en nuestro trabajo.

El estudio de la dieta nos refleja cómo la mayoría de los niños de nuestra muestra (69,3%) llevaban a cabo una dieta adecuada sin un exceso en el consumo de hidratos de carbono, fundamentalmente entre horas. Resultados inferiores son señalados por Ekman y cols.: 36% en niños finlandeses y 51% en suecos⁽²⁸⁾, y por Grytten y cols.: 27%⁽²²⁾. Una explicación a esto puede ser la influencia ejercida a este nivel por el centro educativo al que asisten los niños, ya que son muy rigurosos con los hidratos de carbono consumidos, presentando ciertos hábitos importantes como son el hecho de que los niños no pueden llevar caramelos o dulces al centro en sus cumpleaños siendo sustituidos por frutos secos, así como la ingesta de fruta troceada previo a la comida incluso en los niños de un año. Al igual que en nuestro trabajo, Burt y cols. no encuentran una relación entre el consumo de azúcar y la presencia de caries dental⁽³³⁾.

CONCLUSIONES

- 1.- Los hábitos de higiene dental y dieta son bastante aceptables en el grupo de preescolares estudiado.
- 2.- Es bajo el aporte de flúor, en cualquiera de las formas administradas, a pesar de residir en una zona no fluorada.
- 3.- El único parámetro, entre los analizados, con relación significativa con la caries dental fue la frecuencia de cepillado.
- 4.- Deben realizarse más investigaciones con muestras de otros niveles socioeconómicos y con otras costumbres sociales para confrontar los datos obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. GOEPFERD SJ. Infant oral health: a rationale. *J Dent Child* 1986; 53: 257-260.
2. GOEPFERD SJ. Infant oral health: a protocol. *J Dent Child* 1986; 53: 261-266.
3. SHANNON IL, Mc CARTNEY JC. Presweetened dry breakfast cereals: potencial for dental danger. *J Dent Child* 1981; 48: 215-218.
4. SMITH AJ, SHAW L. Baby fruit juices and tooth erosion. *Br Dent J* 1987; 162: 65-67.
5. TOUYZ LZG, SILOVE M. Increased acidity in frozen fruit juices and dental implications. *J Dent Child* 1993; 60: 223-225.
6. PAJARES Y. Medidas preventivas de la caries dental en niños de 0 a 6 años de edad. Tesina de Licenciatura. Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Facultad de Odontología; 1994.
7. SCHMIDT-KOCHMER E. Régimen de vida y educación del lactante y del niño de corta edad en las instituciones para la infancia. *Cuaderno de Salud Pública* 1965; 24: 34-80.

8. MACKIE JC, WORTHINGTON HV, HOBSON P. An investigation into sugar-containing and sugar-free over-the-counter medicines stocked and recommended by pharmacists in the North Western Region of England. *Br Dent J* 1993; 175: 93-98.
9. NOWAK A, CRALL J. Prevention of dental disease. En: Pinkham JR. *Pediatric Dentistry: infancy through adolescence*. W.B. Saunders; 1988.
10. BELTRAN ED, BURT BA. Efectos pre y posteruptivos del flúor en la disminución de la caries. *Archivos de Odontología Preventiva y Comunitaria* 1989; 1: 36-45.
11. TINANOFF N. Evaluación inicial y prevención del riesgo de caries dental. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica* 1995; 4: 705-717.
12. HAGAN PP, SHERRIL CA. Higiene dental en el hogar para el niño y el adolescente. En Mc Donald JL, Avery DR. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 5ª edición.
13. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE: Guidelines to oral hygiene: toothbrushes, toothbrushing, dentifrices and abrasivity. Technical Report nº 23. *Int Dent J* 1985; 35: 256-257.
14. Mc CLURE DB. A comparison of toothbrushing techniques for the preschool child. *J Dent Child* 1966; 33: 205-210.
15. SIMMONS S, SMITH R, GELBIER S. Effect of oral hygiene instruction on brushing skills in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 193-198.
16. OSAGAWARA T, WATANABE T, KASAHARA H. Readiness for toothbrushing of young children. *J Dent Child* 1992; 59: 353-359.
17. ERICSON Y, FORSMAN B. Fluoride retained from mouthrinses and dentifrices in preschool children. *Caries Res* 1969; 3: 290-299.
18. WRIGHT GZ, BANTING D.W, FEASBY W.H. Effect of interdental flossing on the incidence of proximal caries in children. *J Dent Res* 1977; 56: 574-578.
19. BULLEN C y cols. Improving children's oral hygiene through parental involvement. *J Dent Child* 1988; 55: 125-128.
20. YI CKY, WEI SHY. Management of rampant caries in children. *Quintessence Int* 1992; 23: 159-168.
21. PAUNIO P y cols. The Finnish family competence study: The relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year-old Finnish children. *Caries Res* 1993; 27: 154-160.
22. GRYTEN J y cols. Longitudinal study of dental health behaviors and others caries predictors in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 356-359.
23. STECKSEN BLICKS CH, HOLM AK. Between-meal eating, toothbrushing, frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. *Int J Pediatric Dent* 1995; 5: 67-72.
24. SIMMARD PL y cols. The ingestion of fluoride by young children. *J Dent Child* 1989; 56: 177-181.
25. BJARNASON S y cols. Caries experience in Latvian nursery school children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 138-141.
26. ESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI, LIBRO BLANCO: La salud bucodental en España "Odonto-Estomatología 2005". Barcelona: Lacer; 1997.
27. SCHOU L, UITENBROEK D. Social and behavioural indicators of caries experience in 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 276-281.
28. EKMAN A y cols. Dental health and parental attitudes in Finnish immigrant preschoolchildren in the north of Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981; 9: 224-229.
29. BARNHART WE y cols. Dentifrice usage and ingestion among four age groups. *J Dent Res* 1974; 53: 1317-1322.
30. GRINDEFJORD M y cols. Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res* 1993; 27: 505-510.
31. McCABE M, KINIRONS MJ. Dental caries and dental registration status in nursery school children in Newry, Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 69-71.
32. WENDT L-K, HALLONSTEN A-L, KOCH G. Oral health in preschool children living in Sweden. *Swed Dent J* 1992; 16: 41-49.
33. BURT BA y cols. The effects of sugar intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a 3-year longitudinal study. *J Dent Res* 1988; 67: 1422.

Bartolomé Villar, B.: Médico-Estomatólogo. Colaborador de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *De Nova García, M.J.:* Profesor Titular del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *Mourelle Martínez, M.R.:* Profesor Asociado del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *Costa Ferrer, F.:* Médico-Estomatólogo. Colaborador de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Begoña Bartolomé Villar. Departamento de Estomatología IV. Facultad de Odontología. Plaza de Ramón y Cajal. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.