

Programa de higiene bucodental para pacientes portadores de aparatología ortodóncica

Ruiz Linares, M.; Peñalver Sánchez, M.A.; García Espona, J.I.

Resúmen

El éxito del tratamiento ortodóncico depende, en parte, del estado de higiene oral de los pacientes y de su activa cooperación durante el tratamiento. El propósito de este trabajo es describir la organización de un programa preventivo de higiene oral para pacientes portadores de aparatología ortodóncica, y sugiere medidas adicionales para el mantenimiento de su salud bucodental durante el curso de dicho tratamiento.

Palabras Clave: Higiene oral; Ortodoncia; Manchas blancas; Salud gingival; Fluoruros; Clorhexidina.

Summary

The succes of orthodontic treatment depends, in part, upon the oral hygienic status of the patient and his active cooperation in the treatment. The purpose of this study is to review the organization of a dental hygiene program in the orthodontic practice and suggest technical useful for the maintenance of bucodental health during the treatment.

Key Words: Oral hygiene; Orthodontic practice; White spots; Gingival health; Fluorides; Clorhexidine.

Introducción

El éxito de un tratamiento ortodóncico depende, en parte, del estado de higiene oral de los pacientes y de su activa cooperación durante el tratamiento. Los dispositivos ortodóncicos tienden a aumentar las áreas de acumulación de placa bacteriana y de restos alimentarios, alrededor de los mismos y en el margen gingival. Además, dificultan su remoción y crean un medio en que la ausencia de una meticulosa higiene oral puede derivar en una relativamente rápida descalcificación y en una ruptura del equilibrio gingivoperiodontal. Por tanto, si la placa retenida no se remueve de forma minuciosa y aumenta la formación de la misma, el riesgo de procesos cariosos y de gingivitis/periodontitis puede aumentar significativamente.

Dada la importancia de observar una estricta higiene bucodentaria durante el tratamiento, es necesario que el paciente sea instruido en un riguroso programa de higiene oral, que motive y enseñe a mantener su boca en un estado óptimo de salud durante el curso del tratamiento. Numerosos estudios han demostrado el efecto tan beneficioso que conlleva un programa de higiene oral en conjunción con el tratamiento ortodóncico^(1, 2, 3, 4).

A la luz de la literatura revisada y basándonos en nuestra

propia experiencia personal, describimos el esquema de un programa preventivo de higiene oral para pacientes que sean portadores de aparatología ortodóncica y proponemos medidas de higiene adicionales útiles, que se pueden llevar a la práctica con el fin de minimizar al máximo los problemas que pueden complicar el tratamiento.

Revisión de la literatura

1.- Salud gingival/periodontal.

El estado de salud gingival/periodontal de pacientes jóvenes bajo tratamientos de ortodoncia, ha sido un foco de atención para los ortodoncistas y periodoncistas^(5, 6). Aunque parece no existir base científica que soporte que el movimiento ortodóncico de un diente, en ausencia de placa bacteriana, pueda iniciar gingivitis o cause pérdida de unión periodontal^(7, 8, 9), está generalmente reconocido que los aparatos ortodóncicos facilitan la retención de placa en el margen gingival^(7, 10) y por tanto, pueden contribuir a la incidencia y severidad de la inflamación gingival.

El empleo de arcos y resortes complejos favorecen la aparición de lesiones gingivales y son puntos selectivos de acumu-

lación de restos de alimentos difíciles de retirar⁽¹¹⁾. En la mayoría de los casos, la gingivitis puede permanecer estable por largos períodos de tiempo. Sin embargo, la progresión de algunas lesiones de gingivitis hacia periodontitis, resultan en la pérdida irreversible de los tejidos óseos de soporte⁽¹²⁾. Este riesgo potencial es inaceptable tanto para el paciente como para el ortodoncista. Es por tanto lógico, alcanzar la salud gingival y periodontal antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia⁽¹⁾. Del mismo modo, el ortodoncista debe verificar el estado de salud gingival y periodontal durante el período de tratamiento y convertir las sesiones de higiene oral en una rutina, de forma que sean parte integral del protocolo de un tratamiento de ortodoncia^(13, 14).

2.- Descalcificaciones: Manchas blancas.

La acumulación de placa bacteriana y restos alimentarios alrededor de los brackets, bandas y resinas selladoras es un hecho, incluso en aquellos sujetos que tienen una buena higiene oral⁽¹⁵⁾. Descalcificaciones e hipoplasias, como preludio de la caries, son dos de los principales problemas en los pacientes que llevan aparatología ortodóncica⁽¹¹⁾, ya que la unión entre el esmalte y la resina puede ser un lugar potencial para la desmineralización del esmalte, debido al incremento en la formación de placa^(15, 16).

Generalmente, estas descalcificaciones se manifiestan en forma de manchas blancas, que además de constituir un problema, resultan bastante antiestéticas, y son un motivo de disgusto entre los padres y el ortodoncista.

La retención de placa, la eficacia en la higiene, los distintos niveles de resistencia de los pacientes y la presencia de bandas sueltas y brackets desprendidos, que pueden pasar desapercibidos por la sujeción a los arcos de alambre, han sido relacionados con la formación de las manchas blancas que aparecen durante el tratamiento ortodóncico^(11, 17, 18). Estos inconvenientes subrayan la importancia de observar una estricta higiene bucodentaria durante todo el proceso de tratamiento.

Aportación personal. Programa de higiene bucodentaria.

Antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia, una vez decidida la terapéutica a seguir, el paciente deberá ser instruido en un riguroso programa de higiene oral, cuyo fin será motivar y enseñar al paciente las distintas medidas de higiene y las normas que debe seguir durante el tratamiento, así como preparar su boca para que alcance un óptimo nivel de salud, antes de colocar los dispositivos ortodóncicos. Este programa puede ser llevado a cabo por la higienista dental, conocedora de las diversas técnicas de control de la placa bacteriana, capaz de remover depósitos duros y blandos, aplicar selladores de fosas y fisuras, aplicar fluoruros

tópicos y organizar los documentos necesarios para que el ortodoncista estudie y revise el caso⁽¹⁹⁾. Este programa se realizará en cuatro sesiones con periodicidad semanal aproximadamente. De igual manera, el tratamiento restaurador de los posibles dientes cariados, debe haberse realizado antes de comenzar dicho programa.

* En la primera fase de este programa, la higienista dental explicará al paciente detalladamente qué es la placa bacteriana, cómo se forma, y qué relación tiene con la inflamación gingival y la caries. Enseñará al paciente a detectar los signos clínicos de inflamación gingival y las áreas de retención de placa, mediante soluciones o pastillas reveladoras de placa dental.

También corre a cargo de la higienista enseñar al paciente a cepillarse correctamente los dientes. Antes de proceder a ninguna instrucción, la higienista debe comprobar cómo suele cepillarse habitualmente y el tipo de cepillo que utiliza. Si su cepillado no es correcto, se iniciará la instrucción en una técnica correcta. La técnica de Bass⁽²⁰⁾, puede servir como una buena base de una técnica correcta de cepillado. Sin embargo, pueden hacerse modificaciones en la técnica, dependiendo de las necesidades de cada paciente, de su problema en concreto o de sus dificultades personales, como por ejemplo una malposición dental localizada. Hay que hacer hincapié en que la limpieza de las encías y demás tejidos blandos es tan importante como la de los dientes.

Existen en el mercado una gran variedad de cepillos diseñados para el paciente de ortodoncia, cuya disposición y dureza de las cerdas permiten un cepillado completo y efectivo. El cepillo sulcral y el cepillo en penacho, son dos de los más efectivos para estos pacientes, ya que permiten un mejor acceso a las superficies distales de los dientes y una limpieza de las zonas más distales de los molares y bandas palatinas. El cepillo no debe ser duro, ya que puede lastimar los márgenes gingivales y hacer doloroso el cepillado. El empleo del cepillo eléctrico, es aceptable siempre y cuando el paciente esté habituado a utilizarlo, pero parece que hay conformidad de la mayoría de los autores en que un cepillado eléctrico no es mejor que una buena técnica manual⁽¹¹⁾, aunque algunos estudios indican que no existen diferencias en cuanto a la efectividad de ambos cepillados^(21, 22, 23).

Con respecto a los irrigadores dentales, se consideran útiles al estimular y conseguir un masaje gingival, así como permiten un correcto lavado de las zonas interdientarias, pero en manera alguna sustituye al cepillado. Debe usarse por tanto como medida complementaria al cepillado.

En esta primera fase la higienista valorará el estado general de salud bucodental del paciente, obteniendo índices de placa, gingival y de sangrado.

* En la segunda sesión de este programa se procederá a una

completa limpieza bucodental, removiendo la placa bacteriana y cálculo, y aplicará selladores de fosas y fisuras en los molares y premolares sanos que sean susceptibles de tal terapéutica, con el fin preventivo de evitar procesos cariosos que dificulten el tratamiento ortodóncico. Finalmente, suplementará la limpieza con la aplicación tópica de flúor.

* En una tercera fase, la higienista dental informará al paciente sobre cuales deben ser sus hábitos alimenticios^(4, 11). Indicará al paciente que debe moderar la ingesta de dulces y golosinas, así como de alimentos duros. El consumo habitual de alimentos muy duros, como es el caso de semillas tostadas, cubitos de hielo y dulces crujientes, facilitan la fractura de los aparatos fijos. Algo parecido ocurre con dulces y golosinas, como los caramelos masticables o el chicle. Su ingesta habitual puede deformar e incluso despegar los aparatos. Además, sus restos pueden quedar atrapados entre los múltiples recovecos de un aparato fijo y la consiguiente necesidad de un laborioso cepillado.

La eficacia del control de placa se medirá en esta fase a fin de identificar las áreas deficientes que se valorarán con las pastillas reveladoras de placa, y estas áreas serán mostradas al paciente.

Del mismo modo, se volverán a repetir el índice gingival y el de sangrado, valorando los progresos del paciente en cuanto a su instrucción recibida.

* La última sesión del programa consistirá en revisar la información de salud dental recibida por el paciente a lo largo de este tiempo y se discutirán los problemas que pudieran haber surgido en cuanto al control de la placa bacteriana por parte del paciente. Un nuevo procedimiento de revelado de placa será efectuado para medir que el paciente es capaz de mantener una boca libre de placa bacteriana.

Una vez que el paciente es capaz de mantener su boca en estado de salud, el Odontostomatólogo ya podrá colocar los dispositivos ortodóncicos. Durante el tratamiento, el paciente será revisado por la higienista que observará el mantenimiento del paciente en su salud bucodental. Aunque la enseñanza sobre la higiene bucodentaria y demás medidas son tareas que puede desempeñar el personal auxiliar, es conveniente que el ortodontista refuerce la instrucción recibida.

* **Medidas de higiene adicionales.**

a) Fluoruros tópicos

Muchos investigadores han recurrido al empleo de fluoruros tópicos para prevenir el desarrollo de descalcificaciones como preludio de lesiones cariosas^(2, 24, 25, 26). Algunos estudios han afirmado que el uso de una pasta dental con flúor neutro^(2, 18, 27, 28), geles de SnF₂⁽²⁹⁾, y colutorios de NaF^(18, 30, 31, 32) reducen la descalcificación

durante el tratamiento ortodóncico con aparatología fija. Sin embargo, no hay concordancia respecto a cuál de estos tres métodos es el más efectivo en el control de la descalcificación durante el tratamiento de ortodoncia. Los geles de SnF₂, a diferencia de los enjuagues o pastas de NaF, se han demostrado como agentes antimicrobianos, efectivos especialmente contra *Streptococcus mutans*, en estudios animales y humanos^(33, 34). Además los geles de SnF₂, son efectivos en la disminución de la gingivitis^(35, 36), mientras que las pastas o enjuagues de FNa no muestran esta propiedad. Por tanto, el gel de SnF₂ puede ser potencialmente el agente más efectivo en el control de la descalcificación que acompaña al tratamiento ortodóncico, debido a su actividad antimicrobiana, y además, por su capacidad de reducción de la gingivitis que generalmente acompaña al tratamiento ortodóncico.

El uso de una pasta dental fluorada en conjunción con un colutorio bucal que contenga 0'05% de FNa o el uso de un gel de 0'4% SnF₂ aplicado por el mismo paciente, dos veces al día tras el cepillado, se han mostrado más efectivos en el control de la descalcificación, que el uso de una pasta fluorada usada aisladamente⁽³⁷⁾.

La cooperación de los pacientes es crítica a la hora de emplear los fluoruros tópicos. Por ello, algunos autores han recurrido al empleo de resinas y cementos liberadores de flúor en la práctica ortodóncica^(38, 39, 40). La literatura sugiere que el fluoruro de calcio, que es el que mayor capacidad de reacción tiene con el esmalte dental durante su aplicación tópica, juega un papel importante en el mecanismo cariostático⁽²⁶⁾.

b) Clorhexidina y otros agentes antibacterianos

Agentes antibacterianos tales como la clorhexidina y derivados del amonio cuaternario, son efectivos en cuanto que reducen la inflamación gingival y la placa bacteriana. Pero el uso de la clorhexidina por un largo período, provoca manchas dentales, decoloración de la lengua, un gusto amargo y descamación de mucosas, que hacen inapropiado su uso por tratamientos prolongados, particularmente en el control de la inflamación gingival cuando se asocia con el tratamiento ortodóncico. Sin embargo, sigue siendo uno de los agentes quimioterapéuticos más ampliamente utilizados, sobre todo en el control de la gingivitis que acompaña al tratamiento⁽⁴¹⁾. Otros informes^(42, 43) proponen agentes antibacterianos alternativos a la clorhexidina para el tratamiento, a corto largo plazo, de la gingivitis. El uso de dentífricos y colutorios bucales que contengan extracto de sanguinaria, actúan inhibiendo el crecimiento de la placa y la inflamación gingival, sin las desventajas que conlleva el empleo de clorhexidina durante largos períodos de tratamiento^(44, 45).

Ruiz Linares, M.: Profesora Asociada de Odontología Infantil (Odontopediatría). Facultad de Odontología. Universidad de Granada; Peñalver Sánchez, M.A.: Profesor Asociado de Odontología Infantil (Odontopediatría). Facultad de Odontología. Universidad de Granada; García Espona, J.I.: Profesor Asociado de Odontología Infantil (Ortodoncia). Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Correspondencia: Dra. Matilde Ruiz Linares; Urbanización Colinas Bermajas; C/. Rosa, nº 15; Teléfono (958) 50 05 99; 18198 - Granada.

Bibliografía

- 1.- JOHNSON, A.; WEAKS, M.; LESCHER, N.: Periodontal health of orthodontic patients: the effects of intensified maintenance program. *J Dent Res* 1985; 64: 335.
- 2.- BOYD, R.L.: Longitudinal evaluation of a system for self-monitoring plaque control effectiveness in orthodontic patients. *J Clin Periodontol* 1983; 10: 380-8.
- 3.- McGLYNN, F.D.; LeCOMPTE, D.J.; THOMAS, R.G.; COURTS, K.J.; MELAMED, B.G.: Effects of behavioral self-management on oral hygiene adherence among orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1987; 91: 15-21.
- 4.- YEUNG, S.C.; HOWELL, S.; FAHEY, P.: Oral hygiene program for orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1989; 96: 208-13.
- 5.- TERSIN, J.: Studies of gingival conditions in relation to orthodontic treatment. I. The relationship between amounts of gingival ex-udate and gingival scores plaque scores and gingival pocket depths in children undergoing orthodontic treatment. *Swed Dent J* 1973; 66: 165-75.
- 6.- SCHLUGER, S.: Periodontal aspects of orthodontic treatment. *J Pract Orthod* 1968; 2: 111-7.
- 7.- ZACHRISSON, S.; ZACHRISSON, B.U.: Gingival condition associated with orthodontic treatment. *Angle Orthod* 1972; 42: 26-34.
- 8.- ZACHRISSON, B.U.; ALNAES, L.: Periodontal condition in orthodontically treated and untreated individuals. I. Loss of attachment, gingival pocket depth and clinical crown height. *Angle Orthod* 1973; 43: 402-55.
- 9.- ALSTAD, S.; ZACHRISSON, B.U.: Longitudinal study of periodontal condition associated with orthodontic treatment in adolescents. *Am J Orthod* 1979; 76: 277-86.
- 10.- BRANDTZAEG, P.: Local factors of resistance in the gingival area. *J Periodont Res* 1966; 1: 19-42.
- 11.- CANUT, J.: El paciente de Ortodoncia. 1994 Ed. Doyma, S.A. pp. 101-104.
- 12.- PAGE, R.C.; SCHROEDER, H.E.: Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. *Lab Invest* 1976; 33: 235-49.
- 13.- SCHWANINGER, B.; VICHERS-SCHWANINGER, N.: Developing and effective oral hygiene program for the orthodontic patients: review, rationale, and recommendations. *Am J Orthod* 1979; 75: 447-52.
- 14.- ZACHRISSON, B.U.: Oral hygiene for orthodontic patients: current concepts and practice advice. *Am J Orthod* 1974; 66: 487-97.
- 15.- GWINNER, A.J.; CEEN, R.F.: Plaque distribution on bonded brackets: a scanning microscope study. *Am J Orthod* 1979; 75: 667-77.
- 16.- SALOUM, F.S.; SNODHI, A.: Preventing enamel decalcification after orthodontic treatment. *J. Am Dent Assoc* 1987; 115: 257-61.
- 17.- CENN, R.F.; GINNETT, A.J.: Plaque patterns and crevicular fluid flow related to orthodontic bracket bonding. *J Prev Dent* 1980; 6: 229-33.
- 18.- ZACHRISSON, B.U.; ZACHRISSON, S.: Caries incidence and oral hygiene during orthodontic treatment. *Scand J Dent Res* 1973; 79: 394-401.
- 19.- CAMORALI, C.: The role of the dental hygienist in orthodontic practice. *Prev-Assist-Dent* 1991; 17: 39-43.
- 20.- BASS, C.C.: The optimum characteristics of toothbrushes for personal oral hygiene. *Dent Items* 1948; 70: 697-718.
- 21.- JACKSON, C.L.: Comparison between electric toothbrushing and manual toothbrushing, with and without oral irrigation, for oral hygiene of orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 15-20.
- 22.- WOMACK, W.R.; GUAY, A.H.: Comparative cleansing of an electric and a manual toothbrush in orthodontic patients. *Angle Orthod* 1968; 38: 256-7.
- 23.- KOBAYASHI, L.Y.; ASH, M.M.: A clinical evaluation of an electric toothbrush used by orthodontic patients. *Angle Orthod* 1964; 34: 209-14.
- 24.- ADRIAENS, M.L.; DERMAUT, L.R.; VERBEECK, R.M.: The use of "Fluor Protector", a fluoride varnish, as a caries prevention method under orthodontic molar bands. *Eur J Orthod* 1990; 12: 316-9.
- 25.- DENES, J.; GABRIS, K.: Results of a 3-years oral hygiene programme, including amine fluoride products in patients treated with fixed orthodontic appliances. *Eur J Orthod* 1991; 13: 129-33.
- 26.- NG'ANG'A, P.M.; OGAARD, B.: Dental caries and fluorides in relation to fixed orthodontic treatment: a review. *East-Afric-Med-J* 1993; 70: 75-7 (med line abstrat).
- 27.- O'REILLE, M.M.; FEATHERSTONE, J.B.D.: Desmineralization and remineralization around orthodontic appliances: an in vivo study. *Am. J. Orthod. Dentof. Orthop* 1987; 92: 33-40.
- 28.- GEIGER, A.M.; GORELICK, L.; GWINNETT, A.J.; BENSON, B.J.: Reducing white spot lesions in orthodontic population with fluoride rinsing. *Am. J. Orthod. Dentof. Orthop* 1992; 101: 403-7.
- 29.- STRATEMAN, M.W.; SHANNON, I.L.: Control of decalcification in orthodontic patients by daily self-administered application of a water-free 0.4% stannous fluoride gel. *Am. J. Orthod* 1974; 66: 273-279.
- 30.- ZACHRISSON, B.U.; ZACHRISSON, S.: Caries incidence and orthodontic treatment with fixed appliances. *Scand. J. Dent. Res* 1971; 79: 183-192.
- 31.- ZACHRISSON, B.U.: Cause and prevention injuries to

teeth and supporting structures during orthodontic treatment. *Am J. Orthod.* 1976; 69: 285-300.

32.- OGAARD, B.: Prevalence of white spot lesions in 19-years olds: a study on untrated and orthodontically treated persons 5 years after treatment. *Am. J. Orthod. Dentof. Orthop.* 1989; 96: 423-427.

33.- TINANOFF, N.; BRADY, J.M.; GROSS, A.: The effect of NaF and SnF₂ mouthrinses on bacterial colonization of tooth enamel: TEM and SEM studies. *Caries Res.* 1976; 10: 415-426.

34.- TINANOFF, N.: Review of the antimicrobial action of stannous fluoride. *J Clin Dent.* 1991; 2: 22-27.

35.- MAZZA, J.E.; NEWMAN, M.G.; SIMS, T.N.: Clinical and antimicrobial effect of stannous fluoride no periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 1981; 63: 25-30.

36.- TINANOFF, N.; MANWELL, M.A.; ZAMECK, R.L.; GRASSO, J.E.: Clinical and microbiological effect of daily brushing with either NaF or SnF₂ gels in subjects with fixed or removeable dental prostheses. *J. Clin. Periodontol.* 1989; 16: 284-290.

37.- BOYD, R.L.: Comparison of three self-applied topical fluoride preparations for control of decalcification. *Angle Orthodontist.* 1993; 63: 25-30.

38.- NORRIS, D.S.; McINNES-LEDOUX, P.; SCHWANINGER, B.: Retention of orthodontic bands with new fluoride-releasing cements. *Am. J. Orthod.* 1986; 89: 206 - 211.

39.- GORELICK, L.; GEIGER, A.M.; GWINNETT, A.J.: Incidence of white spot formation after banding and bonding. *Am. J. Orthod.* 1982; 81: 93-98.

40.- FOX, N.A.: Fluoride release from orthodontic bonding materials. An in vitro study. *Br. J. Orthod.* 1990; 17: 293-298.

41.- BOTERO-BOTERO, M.: Efecto a corto plazo del enjuague de gluconato de clorhexidina al 0'2% como ayuda de higiene oral en pacientes con ortodoncia fija. *CES-Odontol.* 1990; 3: 39-42.

42.- DAVISON, C.O.; SWANBOM, D.D.; EGGLESTON, D.K.: New antiplaque agent for orthodontic patients. *J. Clin. Orthod.* 1986; 19: 205-12.

43.- SOUTHARD, G.L.; BOULWARE, R.T.; WALBORN, D.R.; GROZNIK, W.J.; THORNE, E.M.; YANKELL, S.L.: Sanguinarine, a new antiplaque agent: retention and plaque specificity. *J Am Dent Assoc.* 1984; 108: 338-41.

44.- HANNAH, J.J.; JOHNSON, J.D.; KUFTINEC, M.M.: Long-term clinical evaluation of toothpaste and oral rinse containing sanguinaria extract in controlling plaque, gingival inflammation, and sulcular bleeding during orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 1989; 96: 199-207.

45.- LOBENE, R.R.; SOPARKAR, P.M.; NEWMAN, M.B.: The effects of a sanguinaria dentifrice on plaque and gingivitis. *Compend Contin Educ Dent* 1986; 7: 185-8.

Otitis Media y el desarrollo del habla

La Otitis Media (OM), es una de las causas más común de la visita del niño al pediatra. En 1990 se estimó que en 24'5 millones de visitas a los pediatras el diagnóstico principal fue OM. En los últimos 15 años, las consultas por OM en Estados Unidos se incrementaron en un 150%. Cada año el gasto por tratamientos de OM en U.S.A. se estima en cerca de dos billones de dólares.

Los niños con Otitis Medias Recurrentes (OMR) pueden sufrir como resultado la pérdida de audición, la cual afecta

al normal desarrollo del habla en un período crucial de sus vidas.

Se han identificado los siguientes factores de riesgo para la OMR: ser varón, alimentación con leches maternizadas, tener sibilancias, tener padres con alergias o con historia de OMR, y estar en los meses de invierno.

Ey John L. et al.: Passive smoke exposure and otitis media in the first year of life. *Pediatrics*, 95: 670-677, May 1995.

¿Quisiera recibir ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA en su casa?

Rellene por favor los datos:

Nombre D.N.I. o C.I.F.

Apellidos

Dirección

Población C.P.

O. P. órgano de difusión de la Sociedad Española de Odontopediatría se compromete a editar tres números anuales de temática relacionada con la odontología infantil. El importe anual de la suscripción es de 6.000 pesetas, que las podrá abonar, bien enviando talón nominativo a nombre de la Sociedad Española de Odontopediatría o bien por domiciliación bancaria. En cualquiera de los casos remita sus datos a: Sociedad Española de Odontopediatría. Pl. de la Porxada, 21-23 - 3ª pl., 08400 Granollers (Barcelona)

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros Nº Suc.

Dirección

Población C.P.

Cuenta Corriente Nº

Nombre del Titular

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota hasta nuevo aviso, adeudarán en mi cuenta el recibo que anualmente y a nombre de la Sociedad Española de Odontopediatría les sea presentado al cobro.

Firma del titular

DOCUMENTO PARA EL BANCO

¿Va a cambiar de domicilio?

Denos a conocer si está pensando en cambiar de dirección, para evitar que su revista Odontología Pediátrica no se pierda.

Rellene por favor este boletín y envíenoslo a:

Secretaría Técnica de la S.E.O.P.

Plaza de la Porxada, 21-23, 3ª planta

08400 - Granollers (Barcelona)

Nombre

Dirección Telf.

Ciudad Provincia C.P.