

Anquilosis Alveolodentaria

Mendoza Mendoza, A.; Domínguez Reyes, A.; Solano Reina, E.

Resumen

Con el objeto de estudiar epidemiológicamente la anquilosis dentaria, han sido estudiados 2.045 pacientes de una población andaluza, de los cuales 1.073 eran niñas y 972 niños de edades comprendidas entre los 4 y 12 años. Los resultados obtenidos muestran una frecuencia total de anquilosis de 2'79%, siendo por sexos el 3'45% de las niñas y el 1'85% de los niños. Los dientes mandibulares parecen anquilosarse con más frecuencia que los maxilares (sobre todo el segundo molar), no encontrándose relación entre la infraoclusión expresada en milímetros y el diente del que se trate, así como tampoco, entre los milímetros de infraoclusión y la edad del paciente.

Sin embargo, un dato a destacar fue la relación encontrada entre la anquilosis dentaria y la agenesia del germen permanente correspondiente.

Palabras Clave: Anquilosis; Infraoclusión.

Summary

With the purpose of studying epidemiologically the ankylosis dental, 2.045 patients have been studied in one specific area of Andalucía, 1.073 of them were girls and 972 were boys between 4 and 12 years old. We obtained as result that they frequently showed a total ankylosis of 2'79%; being by sex the 3'45 of the girls and 1'85% of the boys.

The jaw bone teeth seem to be ankylosed more frequently than the maxilars (above all second molar) we didn't find any relation between the millimetres of the infraocclusion and the tooth under study. We did not find any relation either between the milimetres of infraocclusion and the age of the patient.

Nevertheless, a datum to underline was the relation between the dental ankylosis and the agenesia of the corresponding permanent germ.

Introducción

La anquilosis Alveolodentaria también llamada retención secundaria o infraoclusión, puede definirse como la anomalía eruptiva en la que se produce la fusión anatómica entre el cemento radicular y el hueso alveolar con la desaparición del espacio periodontal. Esta desaparición del ligamento periodontal puede ser parcial o total, quedando de esta forma el diente unido directamente al hueso alveolar en algún punto o en su totalidad, lo que conlleva un bloqueo en su erupción. De esta forma al cesar el crecimiento vertical y seguir el de los dientes vecinos, cada vez se hace más evidente la diferencia en altura entre ambos, quedando el diente anquilosado en infraoclusión de tal manera que, en casos extremos la cara oclusal del diente afectado, puede quedar literalmente enterrada por la mucosa.

Etiología

Realmente no se conoce con exactitud el mecanismo por el que se produce la fusión entre el cemento radicular y el hueso alveolar, aunque sí parece evidente que sea un defecto o fallo en la membrana periodontal lo que provoca la fusión entre cemento y hueso. Así, se han barajado diferentes factores etiológicos tanto a nivel general como local. Via, 1964⁽³⁾ y Kurol, 1981⁽⁴⁾, proponen la herencia familiar como factor predisponente a la anquilosis. Krakoviak, 1972⁽⁵⁾ y Mueller, 1983⁽⁶⁾ encuentran prevalencias muy diferentes según el origen étnico del individuo.

A nivel local Biederman, 1962⁽⁷⁾, sugiere tres posibilidades: un defecto congénito en la membrana periodontal, una presión masticatoria excesiva o una anomalía metabólica localizada.

Signos Clínicos

Clínicamente el diente anquilosado se manifiesta como un diente situado por debajo del plano de oclusión, que progresivamente va perdiendo contacto con sus antagonistas, quedando más o menos hundido o sumergido en el interior del hueso alveolar (Fig. 1).

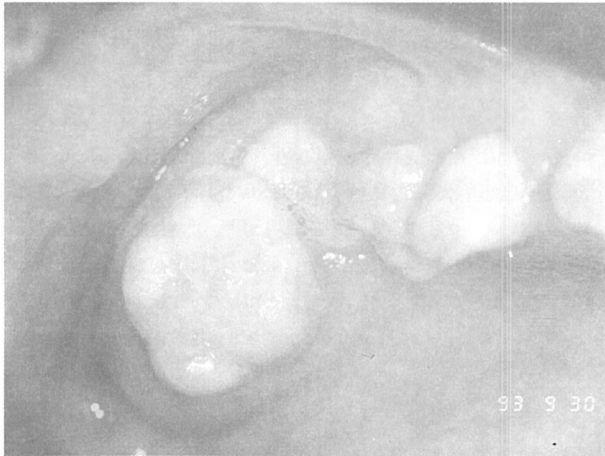


Fig. 1. Anquilosis severa del segundo molar temporal.

Al cesar el crecimiento del proceso alveolar del diente afectado y continuar el de los dientes vecinos, se observa un escalón en la arcada, y si la fusión se ha producido en las primeras fases de la erupción dentaria, el gran crecimiento vertical de la apófisis alveolar acaba por enterrarlo.

Otro de los signos clínicos de la anquilosis es la falta total de la movilidad dentaria y el sonido mate y grave que el diente anquilosado ofrece a la percusión sobre su corona, netamente diferente al sonido del diente normal.

Signos Radiográficos

Radiográficamente, la zona anquilosada que correspondería a la desaparición del ligamento periodontal, es difícilmente visible. Sin embargo, sí es evidente la diferencia en altura del diente anquilosado y de los dientes vecinos (Fig. 2).

Según Adams y Colaboradores, 1981⁽¹⁾, esta zona anquilosada empieza a ser radiológicamente evidente cuando la unión entre cemento y hueso alveolar es importante y la infraoclusión es severa.

Por otro lado, según Labarraque y Cols., 1990⁽²⁾, las radiografías periapicales realizadas mediante la técnica del paralelismo, permiten objetivar la desaparición del ligamento periodontal a ciertos niveles, particularmente en furca de molares

temporales. Sin embargo, la radiografía panorámica aunque no nos permite observar la desaparición de la interlínea a ciertos niveles, sí nos puede aportar otros datos importantes como la agenesia del germen correspondiente (Fig. 3).



Fig. 2. La radiografía panorámica nos permite apreciar con claridad la pérdida de altura con respecto al plano oclusal de todos los molares temporales anquilosados.

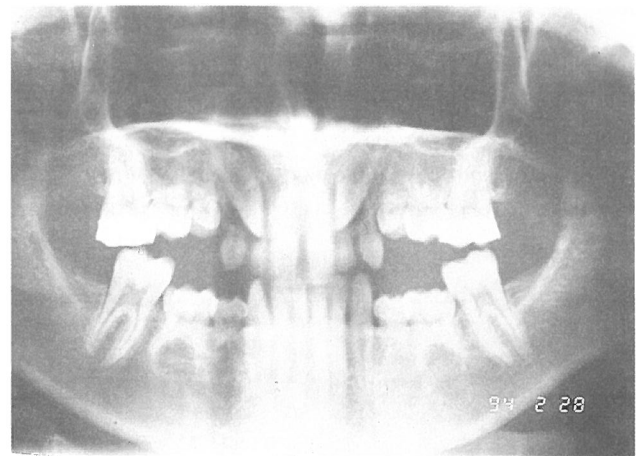


Fig. 3. Anquilosis alveolodentaria de primeros y segundos molares temporales asociada a agenesia dentaria.

Consecuencias Clínicas

La importancia clínica de la anquilosis dentaria se debe a la maloclusión que origina. Al quedar el diente sumergido, se produce una agresión del diente antagonista y los dientes vecinos se inclinan hacia el diente anquilosado, es decir, se produce un cuadro clínico similar al producido por la pérdida prematura de molares temporales, con la consiguiente pérdida de longitud de arcada por mesioversión de los primeros molares permanentes. Otra consecuencia clínica importante de la anquilosis es un retraso en la erupción del premolar permanente, pudiendo llegar a incluirse en los casos severos de anquilosis.

A nivel funcional en casos de infraoclusión múltiple, puede observarse una interposición lateral de la lengua, consecuencia de la infraoclusión (Fig. 4).

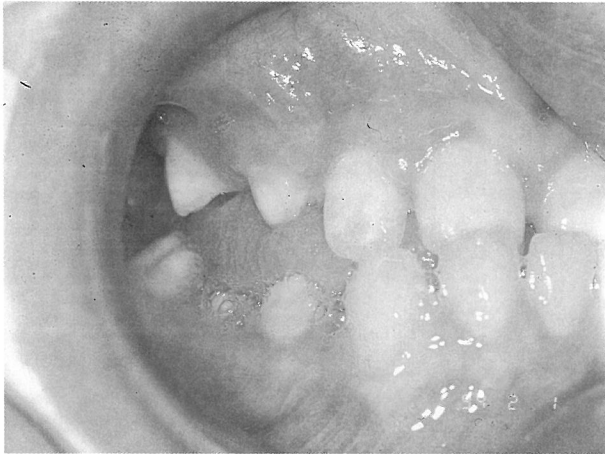


Fig. 4. Interposición lingual en la zona lateral por un caso de infraoclusión múltiple.

Tratamiento

En el tratamiento de la anquilosis de dientes temporales se pueden distinguir tres modalidades, dependiendo de la severidad de la infraoclusión.

1º) Vigilancia periódica.

2º) Reconstrucción de la corona con material compuesto y vigilancia periódica.

3º) Extracción del molar anquilosado y colocación de mantenedor de espacio.

Material y Método

Para realizar el presente trabajo se revisaron un total de 2.045 pacientes pertenecientes a diferentes áreas sociales, de los cuales 1.073 eran niñas y 972 niños, de edades comprendidas entre los 4 y 12 años (Tabla nº 1).

Después de realizar la anamnesis y exploración clínica habitual, se realizaron seis radiografías intraorales periapicales y una ortopantomografía, excluyéndose todos aquellos pacientes que presentaban un síndrome de tipo genético o alguna enfermedad general crónica.

Sobre esta muestra se estudió la presencia de anquilosis en los molares temporales, registrando los siguientes datos clínicos y radiográficos.

Datos clínicos

- Número y localización de los molares anquilosados.
- Sonido a la percusión del molar retenido.

AÑOS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
4	91	68	159
5	116	109	225
6	161	116	277
7	190	145	335
8	168	160	328
9	128	141	269
10	103	96	199
11	58	81	139
12	58	56	114
TOTAL	1073	972	2045

Tabla 1.

- El grado de infraoclusión: Distancia en milímetros entre el plano oclusal del molar anquilosado y el plano oclusal del resto de los dientes de la arcada.
- Presencia o ausencia de caries en el molar anquilosado.
- El grado de inclinación de los dientes adyacentes.

Datos Radiológicos

- Presencia o ausencia total o parcial del espacio del ligamento periodontal.
- Presencia o ausencia de reabsorción radicular. Comparándolo siempre con su homólogo contralateral.
- Presencia o ausencia del germen correspondiente.
- Estadio de desarrollo del germen correspondiente. Comparándolo siempre con su homólogo contralateral.
- Desarrollo vertical del proceso alveolar en la zona del diente anquilosado.

Descripción del estudio estadístico

- Los test aplicados para valorar la asociación fueron el Chi-cuadrado y el Test de Fisher. La comparación de proporciones se realizó con el Test Binomial, la correlación de variables cuantitativas se valoró con el Test de rangos de Spearman, y la relación de la magnitud de la infraoclusión con el diente se realizó con un análisis de la varianza (ANOVA) de tres factores.

- En el estudio de la asociación de la anquilosis con la agenesia, ligada al sexo se tomó como unidad de estudio el sujeto, considerando que tenía agenesia si la presentaba en cualquiera de los dientes anquilosados.

- En el estudio de la asociación de la magnitud de la infraoclusión con la edad se tomó como unidad de estudio igualmente al sujeto expresando la infraoclusión como la media en caso de que un sujeto tuviera más de un diente.

- En el resto de los estudios se tomó como base el diente, considerándose estos como unidades independientes.

Resultados

Una vez realizado el estudio estadístico hemos ordenado los resultados en base a las siguientes cuestiones:

1) *Como se distribuyen las anquilosis* según edad y sexo (Tabla nº 2).

AÑOS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
4	0/91 (0.00 %)	0/68 (0.00 %)	0/159 (0.00 %)
5	1/116 (0.86 %)	0/109 (0.00 %)	1/225 (0.44 %)
6	7/161 (4.35 %)	4/116 (3.45 %)	11/277 (3.97 %)
7	17/190 (8.95 %)	4/145 (2.76 %)	21/335 (6.27 %)
8	7/168 (4.17 %)	3/160 (1.88 %)	10/328 (3.05 %)
9	3/128 (2.34 %)	3/141 (2.13 %)	6/269 (2.23 %)
10	3/103 (2.91 %)	3/96 (3.13 %)	6/199 (3.02 %)
11	1/58 (1.72 %)	1/81 (1.23 %)	2/139 (1.44 %)
12	0/58 (0.00 %)	0/56 (0.00 %)	0/114 (0.00 %)
TOTAL	139/1073 (3.63 %)	18/972 (1.85 %)	57/2045 (2.79 %)

Tabla nº 2. La frecuencia total de anquilosis es del 2'79%. En cuanto a la proporción de niñas con anquilosis (3'63%) es mayor que la de los niños (1'85%), con un nivel de significación $p=0'021$ (Test Chi-Cuadro).

2) *Como se distribuyen las anquilosis* según el número de infraoclusión (Tabla nº 3 a y b).

EDAD \ mm	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
5					1				
6		5	3	2	3	1			
7	1	8	12	3	4	5	2	1	
8		1	5		4	4		2	
9	2	6				4	1		
10		1	5	1	1	2	3	1	2
11			3						

Tabla nº 3a. Al tener en cuenta los milímetros de infraoclusión respecto a la edad, no encontramos ninguna relación entre los milímetros y la edad, si bien la distribución se presenta con un pico más alto de anquilosis entre los 7 y 8 años.

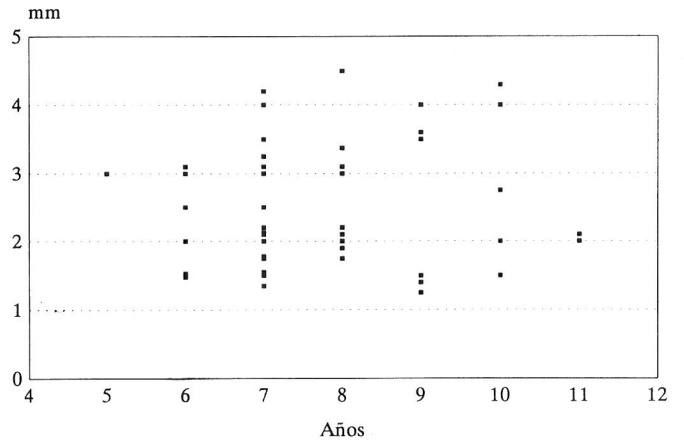


Tabla nº 3b. Infraoclusión según edad.

3) *Como se distribuyen las anquilosis* según el diente, arcada y lado de la línea media (Tablas nº 4 y 5).

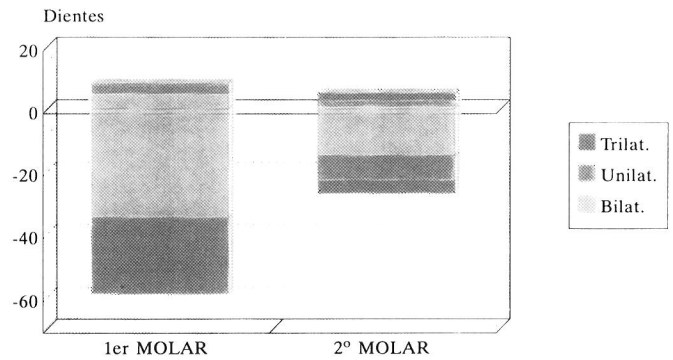


Tabla nº 4. Distribución por diente. Distribución porcentual: 1º Molares inferiores 61'6% - 1º Molares Superiores 6'1% - 2º Molares inferiores 27'3% - 2º Molares Superiores 5'0%.

El diente que con más frecuencia presentó anquilosis fue el primer molar inferior (61'6%), el segundo molar inferior (27'3%) y por último los molares superiores (11'1%). La diferencia entre estos tres grupos es significativa con $p<0'001$. Test Binomial.

FUENTE DE VARIACION	S.Cuadrados	g.l.	M.Cuadrados	F	p
LADO (DER./IZDO.)	0.7165	1	0.7165	0.724	0.406
ARCADA (SUP./INF.)	0.8503	1	0.8503	0.859	0.366
MOLAR (1º/2º)	0.1088	1	0.1088	0.110	0.744
RESIDUAL	94.0463	95	0.9899		
TOTAL (CORREGIDO)	95.7475	98			

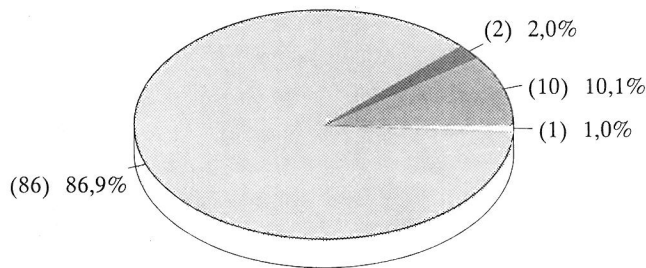
Tabla nº 5. Infraoclusión según diente. La infraoclusión expresada en milímetros no tiene relación con el diente (caracterizado por arcada, lado y número de molar. Se empleó un ANOVA de tres factores cada uno de ellos con dos niveles: LADO (Izquierdo/Derecho), ARCA-DA (Superior/Inferior) y MOLAR (Primero/Segundo).

4) La posible relación de la caries en el diente anquilosado (Tabla nº 6).

	A.SUP.	A.INF.		1º MOLAR	2º MOLAR	
CARIES	0	14	Fisher	9	5	Fisher
NO CARIES	11	74	p=0.169	58	27	p=0.495

Tabla nº 6. Comparación del número de caries según arcada y diente. Todas las caries observadas en los dientes anquilosados (14) fueron en la arcada inferior y predominantemente en el segundo molar, sin embargo, esta diferencia no se detectó como significativa por el Test de Fisher.

5) El grado de desarrollo del diente en el diente anquilosado (Tabla nº 7).



El desarrollo del germen fue predominante igual al contralateral en el 86'9%. Sólo en el 3% de los casos fue distinto al contralateral.

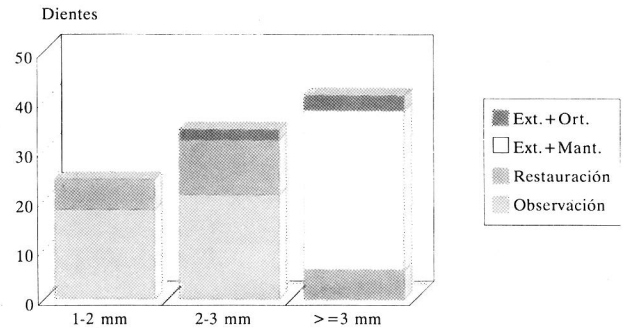
■ Agenesia ■ < Contralateral ■ = Contralateral □ > Contralateral

Tabla nº 7. Desarrollo del germen. El desarrollo del germen fue igual al contralateral en el 86'9%. Solo en el 3% de los casos fue distinto al contralateral.

6) El tratamiento que recibieron según el grado de infraoclusión (Tabla nº 8a y b).

mm.	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	TOTAL
OBSERVACION	3	15	21							39 '39%
RESTAURACION		6	5	6	6					23 '23%
EXTR. + MANT.					7	16	3	4	2	32 '32%
EXTR.+ORTOD.			2				3			5%

Tabla nº 8a. La observación y/o restauración representa el 62'6% de los casos. La extracción con mantenedor de espacio fue necesaria en el 32'3%, mientras que el tratamiento Ortodóncico se utilizó en el 5% de los casos.



INDICACION CLINICA: 1-2 mm Observación / 2-3 mm Restauración del punto de contacto / >=3 mm Extracción + Tratamiento ortodóncico.

Tabla nº 8b. Tratamiento según infraoclusión. Indicación clínica: 1-2 mm. Observación/2-3 mm. Restauración del punto de contacto/<=3 mm. Extracción + Tratamiento ortodóncico.

7) Estudiar la posible relación entre la anquilosis y agenesia (Tablas nº 9 a y b).

	ANQUILOSIS	NO ANQUILOSIS
AGENESIA	2	1
NO AGENESIA	45	1997

Tabla nº 9a. Relación de anquilosis con agenesia en el primer molar. El 4'25% de los niños con anquilosis del primer molar tenían agenesia, mientras que sólo el 0'05% de los no anquilosados la presentaba. Esta asociación es significativa con p=0'002. (Test de Fisher).

	ANQUILOSIS	NO ANQUILOSIS
AGENESIA	4	46
NO AGENESIA	16	1979

Tabla nº 9b. Relación de anquilosis con agenesia en el segundo molar. El 20% de los niños con anquilosis en el segundo molar tenía agenesia, mientras que solo el 2'27% de los que no tenían anquilosis la presentaba. Esta asociación es significativa con p=0'001. (Test de Fisher).

8) Si la anquilosis estuviera asociada a la agenesia, cual sería su incidencia por sexos (Tabla nº 10).

	NIÑAS	NIÑOS
AGENESIA	1	4
NO AGENESIA	38	14

Tabla nº 10. Agenesia ligada a anquilosis por sexos. La proporción de agenesia en los niños con anquilosis es mayor que en las niñas (Fisher p=0'30).

Discusión

La frecuencia de la infraoclusión de los molares temporales, varía mucho según los diferentes estudios consultados. Así, se han encontrado frecuencias que van desde el 1'3% (Via, 1964)⁽³⁾ al 8'9% (Kurol y Cols., 1981)⁽⁴⁾ (Tabla nº 11). Nosotros hemos encontrado una frecuencia total de 2'79%, de los cuales el 3'63% eran niñas y el 1'85% niños. Estas variaciones pueden ser atribuidas a la utilización de distintos criterios diagnósticos, a las diferencias en edades de los niños estudiados y a las posibles divergencias étnicas en las poblaciones estudiadas.

AUTOR	AÑO	PAIS	RAZA	NUMERO	EDAD En años	FRECUENCIA
Kurol y Cols. ⁽⁴⁾	1985	SUIZA	Caucasica	1059	3 - 12	8.9
Krakowiak ⁽⁵⁾	1978	USA	Mejicana	2234	6 - 12	3.7
Brearily y Cols. ⁽⁶⁾	1973	USA	Caucasica	1641	3 - 15	6.9
Lamb y Cols. ⁽⁹⁾	1968	USA	Inespecifica	2105	8 - 12	3.2
Via ⁽³⁾	1964	USA	Inespecifica	2342	Inespecifica	1.3
Barrachina y Cols. ⁽¹⁰⁾	1988	ESPAÑA	Caucasica	2000	6 - 9	6

Tabla nº 11. Frecuencia de anquilosis en molares temporales.

Para Kurol⁽⁴⁾ y Barrachina⁽¹⁰⁾ y nosotros estamos de acuerdo en ello, la frecuencia de las infraoclusiones varía según los grupos de edades consideradas. Pero mientras que para ellos el pico de frecuencia está entre los 8 y 9 años, para nosotros este pico estará situado entre los 7 y los 8. Sin embargo, coincidimos en que el punto más bajo de frecuencia, se halla alrededor de los 12 años.

Para ciertos autores^(4, 5, 8 y 11), los molares temporales mandibulares se afectan más a menudo que los molares maxilares y los primeros molares más frecuente pero menos severamente que los segundos. Nosotros coincidimos con ambos que en primer lugar el diente más frecuentemente afectado es el primer molar inferior (61'6%), en segundo lugar el segundo molar inferior (27'3%) y por último los molares superiores (11'1%). No obstante,

para nosotros el grado de infraoclusión expresado en milímetros no tiene relación con el diente (caracterizado por arcada, lado y número de premolar).

Por otra parte, tampoco hemos observado una relación entre los milímetros de infraoclusión y la edad, pensando como bien dice Kurol, que la anquilosis no es estática, sino que presenta agravación o remisión espontánea.

En cuanto al riesgo de caries en el diente anquilosado a diferencia de Kurol, nosotros no hemos encontrado una mayor incidencia de caries en el diente anquilosado, lo que sí nos ha sorprendido es que todas las caries observadas en los dientes anquilosados fueron en la arcada inferior, predominantemente en el segundo molar, sin embargo, esta diferencia no se detectó como significativa.

Respecto a las consecuencias de la anquilosis sobre el premolar de reemplazo, Messe, L.B., 1979⁽¹²⁾ y Adams, 1981⁽¹¹⁾ han demostrado que la presencia de un molar anquilosado no afecta de ninguna manera a la morfología del premolar correspondiente. Nosotros, no sólo estamos de acuerdo con ellos en este punto, sino que además al estudiar radiológicamente el estadio de desarrollo del germen comparándolo siempre con su homólogo contralateral este fue igual al contralateral en un 86'9%, no encontrando relación entre anquilosis y el grado de desarrollo del germen.

Sin embargo, al estudiar la relación entre anquilosis y agenesia o ausencia del germen correspondiente, encontramos que en el primer molar el 4'25% de los niños con anquilosis tenía agenesia mientras que sólo el 0'05% de los niños sin anquilosis la presentaban. En el segundo molar, el 20% de los niños con anquilosis tenía agenesia del segundo premolar y sólo el 2'27% de los que no tenían anquilosis la presentaban.

En cuanto a las pautas del tratamiento, de los 99 casos de anquilosis en el 39'39% la infraoclusión fue < 2 mm., por lo que únicamente fueron sometidas a observación hasta su exfoliación. El 23'23% presentaban una infraoclusión entre los 2-3 mm., por lo que fue necesario reestablecer el plano de oclusión mediante adhesión de composite a la superficie oclusal del diente anquilosado, evitando de esta forma inclinaciones de los dientes adyacentes ante el aumento de la infraoclusión. Por ello consideramos, que entre los 2 y 3 mm. debe reestablecerse tanto en el punto de contacto como en el plano oclusal mediante la restauración antes mencionada. Cuando la infraoclusión supera los 3 mm. (lo que ocurrió en el 32'3% de los casos) y antes de llegar al riesgo de sumergimiento, la pauta terapéutica a seguir es la extracción, colocando mantenedor de espacio si esto se cree necesario. Finalmente, el 5% de los casos en los que el diagnóstico fue tardío y la pérdida de espacio ya se había producido, se requirió recupe-

ración del mismo previa extracción y tratamiento mediante aparatología fija o removible.

Conclusiones

1) La frecuencia total de anquilosis que hemos encontrado ha sido del 2'79%, de los cuales el 3'63% eran niñas y el 1'85% niños, aunque esta diferencia no se detectó como significativa.

2) Los molares mandibulares aparecen anquilosados con más frecuencia que los maxilares. En cuanto al orden, el más frecuente parece ser el primer molar inferior (61'6%), en segundo lugar el segundo molar inferior (27'3%) y por último los molares inferiores (27'3%), no encontrándose diferencias significativas entre la distribución de la anquilosis respecto al lado derecho o izquierdo.

3) El desarrollo del germen no se altera por la existencia de anquilosis, siendo igual al contralateral (86'9%).

4) No se encontró relación entre la infraoclusión expresada en milímetros y el diente (caracterizado por arcada, lado y número de molar), así como tampoco se encontró entre los milímetros de infraoclusión y la edad del paciente.

5) Al estudiar la relación entre anquilosis y ausencia del germen correspondiente, encontramos que en el primer molar el 4'25% de los niños con anquilosis tenía agenesia, mientras que sólo el 0'05% de los niños sin anquilosis la presentaban. En el segundo molar, el 20% de los niños con anquilosis tenía agenesia y sólo el 2'27% de los que no tenían anquilosis la presentaban.

6) En cuanto al tratamiento: La observación y/o restauración del plano oclusal mediante material compuesto se realizó en el 62'6% de los casos. La extracción con mantenedor de espacio fue necesario en el 32'3% y el tratamiento ortodóncico únicamente fue preciso en el 5% de los casos.

7) Todas las caries observadas en los dientes anquilosados fueron en la arcada inferior, predominantemente en el segundo molar, sin embargo, esta diferencia no se detectó como significativa.

Mendoza Mendoza, A.: Profesora Titular de Odontopediatría, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla; Domínguez Reyes, A.: Profesora Asociada de Odontopediatría, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla; Solano Reina, E.: Profesora Titular de Profilaxis, Estomatología Infantil y Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla.

Bibliografía

- 1.- ADAMS, T.W. y Cols.: Early onset of primary molar ankylosis: report of case. *J. Dent. Child*: 447 - 449, 1981.
- 2.- LABARRAQUE, J.P.; BASSIGNY, F.: L'infraoclusion des molaires temporaires. *Rev. Orthop. Dento Faciales*, 24: 51 - 62, 1990.
- 3.- VIA, W.F.: Submerged deciduous molars: Family tendencies. *J. Am Dent Assoc.* 69: 121 - 129, 1964.
- 4.- KUROL, J.: Infraoclusion of primary molars an epidemiologic and familial study. *Community Dent Oral Epidemiol* 9: 94 - 102, 1981.
- 5.- KRAKOVIAK, F.J.: Ankylosed primary molars. *J. Dent Child* 45: 288 - 292, 1972.
- 6.- MUELLER, C.T.; GELLIN, M. y Cols.: Prevalence of ankylosis of primary molars in different regions of the United States. *J. Dent Child* 50: 213 - 218, 1983.
- 7.- BIEDERMAN, W.: Etiology and treatment of tooth ankylosis. *Am J. Orthod* 48: 670 - 684, 1962.
- 8.- BREARLY, L.J.; McKIBBEN, D.H.: Ankylosis of primary molar teeth. I. Prevalence and characteristics. *J. Dent Child*, 40: 54 - 63, 1973.
- 9.- LAMB, K.A.; REED, M.W.: Measurement of space loss resulting from tooth ankylosis. *J. Dent Child*, 35: 483 - 487, 1968.
- 10.- BARRACHINA y Cols.: Anquilosis de los molares temporales. Estudio epidemiológico sobre 2.000 casos clínicos. *Rev. Española de Ortodoncia*, 18: 159 - 166, 1988.
- 11.- STEIGMAN y Cols.: Submerged deciduous molars in preschool children: an epidemiologic survey. *J. Dent Child*, 52: 322 - 326, 1973.
- 12.- MESSER, L.B.: Ankylosis primary molars: results and treatment recommendations from an eight years longitudinal, *Study Pediat. Dent* 2: 37 - 47, 1979.

¿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. Avenida María Cristina, nº 12 - 2ª. 46001 - Valencia.

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.

Avda. María Cristina, nº 12 - 2ª

46001 - Valencia

Nombre

Dirección Telf.

Ciudad Provincia C.P.