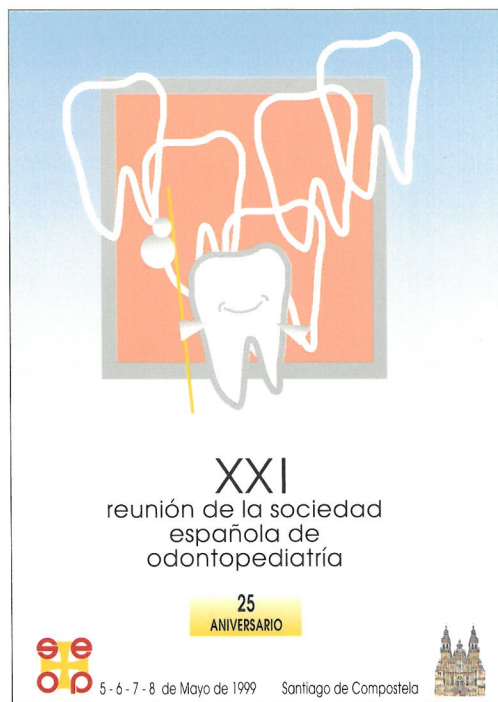


Odontología Pediátrica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA



Cuidamos de sus dientes. Incluso antes de que aparezcan.



fluor·kin
comprimidos
2 - 14 años



NUEVO

fluor·kin
gotas
0 - 2 años



COMPRIMIDOS 0,25 mg: Composición por comprimido: Fluoruro sódico: 0,55 mg (eqv. 0,25 mg flúor ion), Dextrosa: 112,5 mg, excipiente c. s. **COMPRIMIDOS 1 mg:** Composición por comprimido: Fluoruro sódico: 2,2 mg (eqv. 1 mg flúor ion), Dextrosa: 110,85 mg, excipiente c. s. **GOTAS 0,05 mg:** Composición por ml: Fluoruro sódico: 2,35 mg, Sacarina sódica: 1 mg, excipiente c. s. cada gota equivale a 0,05 mg de flúor ion. FLUOR KIN se recomienda para la prevención de la caries dental, cuando la dieta alimenticia o el agua de bebida no contiene la cantidad óptima de flúor. **Indicaciones:** Prevención de la caries dental. **Posología:** La dosificación diaria se ajustará según el contenido en ion flúor del agua de bebida. Será siempre establecida por el médico o el odontólogo teniendo en cuenta, además, otras posibles fuentes de ingesta de flúor. (por ejemplo, preparados polivitamínicos).

Edad del niño (años)	Contenido en flúor del agua (ppm)		
	Inferior a 0,3	Entre 0,3 y 0,7	Superior a 0,7
0 - 2	0,25 mg (5 gotas)/día	0	0
2 - 3	0,50 mg (10 gotas)/día	0,25 mg (5 gotas)/día	0
3 - 16	1 mg (20 gotas)/día	0,50 mg (10 gotas)/día	0

Tabla basada en las recomendaciones de la American Dental Association (ADA) y la O.M.S.

Quando el agua de bebida contiene más de 0,7 p.p.m. de ion flúor no debe administrarse ningún suplemento. **Advertencias:** Embarazo y lactancia: Dado que el ion flúor atraviesa en pequeñas cantidades la barrera placentaria y pasa a la leche materna, y no se han realizado estudios sobre la seguridad y eficacia de la administración de flúor a madres gestantes o en periodo de lactancia, el médico valorará la utilidad o no de su uso en estos casos. **Efectos sobre la conducción:** No se conocen. Los comprimidos contienen dextrosa lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. **Contraindicaciones:** No existen a las dosis recomendadas. **Precauciones:** Deberá administrarse con precaución en el caso de función renal alterada, ya que puede producirse una elevación de los niveles plasmáticos de ion flúor. **Efectos secundarios:** No suelen producirse con la administración de dosis terapéuticas. Raramente se han descrito trastornos gastrointestinales y dermatológicos. **Interacciones:** Los preparados de calcio, magnesio, aluminio, la leche y los productos lácteos pueden reducir la absorción del flúor por lo que se evitará la administración conjunta. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de sobredosificación o ingestión masiva pueden producirse alteraciones metabólicas, incluyendo hipocalcemia. Los efectos sistémicos incluyen temblores, parestesia, convulsiones, arritmias cardíacas, parada respiratoria y fallo cardíaco. El tratamiento incluye neutralización del flúor mediante la administración de gluconato cálcico por vía oral. Si se considera que el ion flúor se ha absorbido se administrará por vía intravenosa, solución de gluconato cálcico al 10%. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: (91) 562 04 20. **Presentación y PVP IVA 4:** Caja con 100 comprimidos 0,25 mg, 269 ptas. Caja con 100 comprimidos 1 mg, 320 ptas. Frasco gotas con 30 ml, 371 ptas. **Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. No financiable por la Seguridad Social.

Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.



LABORATORIOS KIN S.A.
Granada 123 · 08018 Barcelona - España



Odontología Pediátrica

Órgano de difusión de la Sociedad Española de Odontopediatría
Fundada en 1992 por Julián Aguirrezábal

VOLUMEN 7 • NÚMERO 2 • MAYO-AGOSTO 1999

EDITORA: Prof^a. Dra. Paloma Planells del Pozo

EDITORES ADJUNTOS: Dr. Julián Aguirrezábal, Prof^a. Dra. Montse Catalá Pizarro

CONSEJO EDITORIAL

Prof. Dr. R. Abrams
Dra. Paola Beltri Orta
Prof. Dr. J. Dávila
Dra. Rosa Echániz Valiente
Dra. Pilar Echeverría Lecuona
Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza
Dr. Miguel Facal García

Prof^a. Dra. Isabel González Márquez
Prof^a. Dra. Encarnación González Rodríguez
Dra. Felisa Muñoz Plaza
Prof^a. Dra. M^a Jesús Ostos Garrido
Prof^a. Dra. M^a Angustias Peñalver Sánchez
Prof. Dr. S. Rotberg
Dr. Miguel Angel Trejo Jiménez

DIRECTORES DE SECCIÓN


Prof^a. Dra. Elena Barbería Leache - *Información Universidad*
Dr. Angel Bellet Cubells - *Archivos de la SEOP*
Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada - *Resúmenes bibliográficos*
Prof. Dr. Carlos García Ballesta - *Artículos seleccionados*
Prof^a. Dra. Cinta Manrique Morá - *Novedades editoriales*
Prof^a. Dra. Asunción Mendoza Mendoza - *Resúmenes de tesis*
Dra. Patricia Gatón Hernández - *Informaciones Internet*

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.E.O.P.

Presidente: Dr. Xavier Costa Codina
Vicepresidente: Dra. Paloma Planells del Pozo
Secretario: Dr. Luis Jorge Bellet Dalmau
Tesorero: Dr. Miguel Hernández Juyol
Vocales: Dr. Ignacio Caamaño González
Dr. José M^a Casal Taboada
Dra. Asunción Mendoza Mendoza
Comisión Científica: Dr. Antonio Brusola Cardo
Dra. Filomena Estrela Sanchís
Dra. Teresa del Bello Martín

Administración y Dirección Dra. Paloma Planells del Pozo
C/ Duque de Sexto, 38 -Esc. dcha., 6^oB. 28009 MADRID

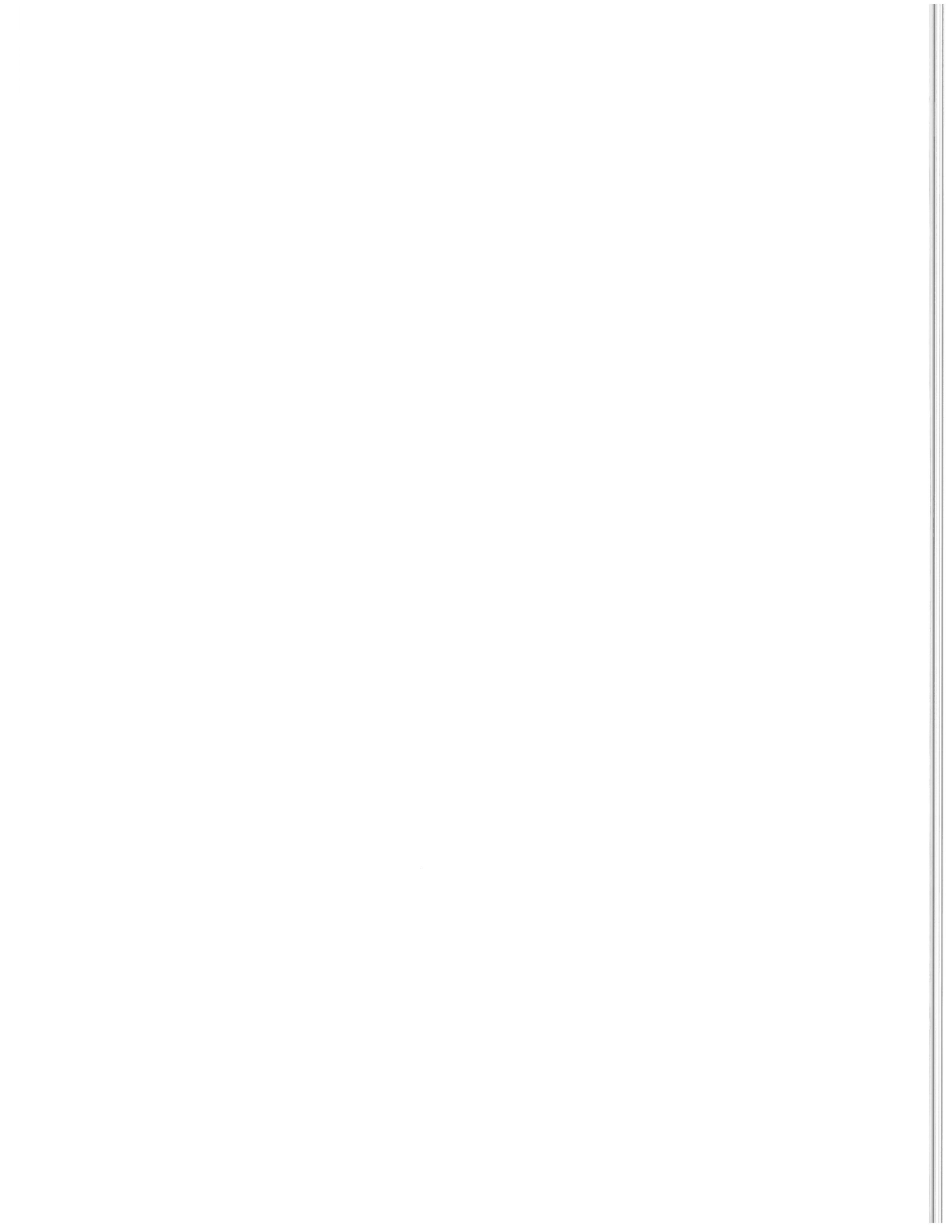
Secretaría de Edición Dra. Gloria Saavedra Marbán

Edición y Publicidad  **EDICIONES
ERGON, SA**

C/ Arboleda, 1 - 28220 MAJADAHONDA (Madrid). Tel. 91-636 29 30. Fax 91-636 29 31
Plaça Josep Pallach, 12 - 08035 BARCELONA. Tel. 93-274 94 04. Fax 93-428 56 60
ergon@ergon.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Odontología Pediátrica se distribuye gratuitamente a todos los miembros de la Sociedad Española de Odontopediatría.
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad con soporte válido en trámite. I.S.S.N.: 1133-5181. Depósito Legal: V - 1.389 - 1994



Sumario

- 1 Carta del Presidente XXI Reunión de la SEOP**
- 2 Comités
- 3 Relación de Conferenciantes y Ponentes
- 4 Moderadores de las Comunicaciones Orales
- 5 Programa Científico
- 7 Índice de Comunicaciones Orales
- 9 Índice de Posters

- 11 Comunicaciones Orales**

- 21 Posters**

Summary

- 1 Letter from the President XXI Meeting of the SEOP**
- 2 Committees
- 3 Lecturers and speakers
- 4 Chairmen of the Oral Presentations
- 5 Scientific Program
- 7 Table of Oral Presentations
- 9 Table of Posters

- 11 Oral Presentations**

- 21 Posters**

Carta del Presidente

Queridos amigos:

En nombre del comité organizador y del mío propio, tengo la satisfacción de daros la bienvenida a Santiago de Compostela.

Os damos las gracias por el honor de haber depositado vuestra confianza en este Comité Organizador y haber elegido Santiago de Compostela como sede de la XXI Reunión.

Santiago celebra durante 1999 su Año Santo Compostelano y con toda seguridad os sentiréis como en vuestra casa, disfrutando de esta ciudad monumental, milenaria, cultural y universitaria que os brinda su más cálida acogida.

Queremos también agradecer, la ayuda que nos han brindado las casas comerciales, que con su inestimable colaboración y presencia contribuyen de forma muy significativa a hacer posible esta Reunión.

Estamos seguros de que los temas científicos que tendrán lugar, nos servirán a todos de puesta a punto para nuestro trabajo diario, lo que unido a la celebración del 25 aniversario de fundación de nuestra Sociedad nos supondrá un renovado reto de futuro.

Es además momento de estrechar lazos de amistad entre nosotros y de conocer a los nuevos compañeros que se incorporan por primera vez a nuestra Sociedad.

Queremos agradecer a los conferenciantes y participantes sus aportaciones científicas, así como a las autoridades de la Comunidad Gallega su colaboración para la celebración con éxito de esta Reunión.

Sed todos bienvenidos a la XXI Reunión de la Sociedad Española de Odontopediatría

José María Casal Taboada
Presidente de la XXI Reunión SEOP

XXI Reunión de la SEOP

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

José María Casal Taboada

José Manuel Alvarez Vidal
José Ignacio Caamaño González
Carmen Nuria Fernández Quiroga
José González Bahillo
Javier Hevia del Río
Pedro Rivas Lombardero
David Suárez Quintanilla

COMITÉ CIENTIFICO

Presidente

Miguel Facal García

Carlos Alvarez Brasa
César Alvarez Congost
Paloma Planells del Pozo

COMITÉ DE HONOR

Presidencia de Honor

S.A.R. la Infanta Doña Elena

Excmo. Sr. D. Manuel Fraga Iribarne

Presidente de la Xunta de Galicia

Excmo. Sr. D. José María Hernández Cochón

Conselleiro de Sanidad y Servicios Sociales

Excmo. Sr. D. José Antonio Sánchez Bugallo

Alcalde de Santiago de Compostela

Excmo. Sr. D. Darío Villanueva Prieto

Rector Mgfc. de la Universidad de Santiago

Excmo. Sr. D. Andrés Beiras Iglesias

Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de Santiago

Ilmo Sr. D. Alfonso Villa Vigil

Presidente del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España

Ilmo. Sr. D. Juan Angel Sánchez-Harguindey Pimentel

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la X Región

Ilmo. Sr. D. Celso González Muñoz

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la XI Región

XXI Reunión de la SEOP

RELACIÓN DE CONFERENCIANTES Y PONENTES

Dr. D. Angel Bellet Cubells

Fundador de la Sociedad Española de Odontopediatría
Ex-presidente de la SEOP.
Dictante de numerosos cursos y conferencias.

Dr. D. Rolf Bornstein

Profesor Asociado del Departamento de Diagnóstico Oral Clínica, Escuela de Odontología,
Instituto Karolinska, Huddinge (Estocolmo).

Dr. D. Antonio Facal García

Especialista de práctica exclusiva en Ortodoncia.
Dictante de numerosos cursos y conferencias.

Dr. D. Javier García Fernández

Especialista de práctica exclusiva en Periodoncia e Implantología Oral.
Autor de videos y CD-rom de la especialidad.

Dra. Dña. Sylvia Gudiño Fernández

Especialista de práctica exclusiva en Odontopediatría.
Profesora Adjunta del pre y postgrado en Odontopediatría en la Universidad de Costa Rica.

Dr. D. Stephen S. Moss

Diplomado y ex-presidente de la Academia Americana de Odontopediatría.
Ex-profesor de la Facultad de Odontología de Nueva York.
Conferenciante dedicado a la educación de profesionales de la salud.

Dr. D. Saúl Rotberg

Presidente del Consejo Nacional de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica.
Profesor de la U.N.A.M.
Director del Instituto de Educación Continuada de la Asociación Dental del D.F.

Dr. D. José Ignacio Salmerón Escobar

Especialista en Cirugía Maxilofacial.
European Board of Oro-maxillofacial Surgery.
Profesor Asociado de Cirugía en la Universidad Complutense de Madrid.
Colaborador Master de Odontopediatría U.C.M.

XXI Reunión de la SEOP

MODERADORES DE LAS COMUNICACIONES ORALES

Miércoles 5 de mayo de 1999

Sala Obradoiro del Palacio de Congresos

09:00 a 11:00

Presidente: Dra. Paloma Planells del Pozo

Secretario: Dr. José Manuel Alvarez Vidal

11:30 a 13:30

Presidente: Dr. Miguel Facal García

Secretario: Dra. Carmen Nuria Fernández Quiroga

16:30 a 19:00

Presidente: Dr. Carlos Alvarez Brasa

Secretario: Dr. César Alvarez Congost

XXI Reunión de la SEOP

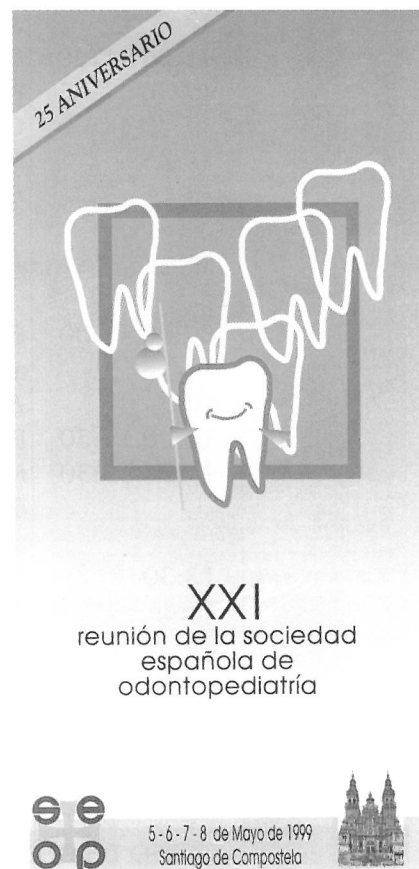
PROGRAMA CIENTIFICO

Miércoles, 5 de mayo

- 08:30-09:00 Acreditaciones (Mostrador de Acreditaciones, Palacio de Congresos)
09:00-11:00 Comunicaciones Libres
11:00-11:30 Pausa café
11:30-13:30 Comunicaciones Libres
14:00 Almuerzo de trabajo (Palacio de Congresos)
15:30-16:30 Conferencia del Prof. Rolf Bornstein, sobre Remoción quimicomecánica de la caries
16:30-17:30 Comunicaciones Libres
17:30-17:45 Pausa café
17:45-19:00 Comunicaciones Libres
20:00 Recepción oficial en al Claustro de Fonseca. Cocktail de bienvenida

Jueves, 6 de mayo

- 08:30-09:00 Acreditaciones
09:00-11:00 Curso: Últimos avances en cariología y prevención. *Dra. S. Gudiño Fernández.*
11:00-11:30 Pausa café
11:30-13:00 Curso Dra. Gudiño (cont.)
13:30 Ofrenda al Apóstol Santiago (Catedral de Santiago de Compostela)
16:00-17:30 Curso Dra. Gudiño (cont.)
17:30-17:45 Pausa café
17:45-19:00 Curso Dra. Gudiño (cont.)
20:00 Salida en autobuses hacia Cambados (Rías Bajas)
21:30 Mariscada Casa Rosita en Cambados



Viernes, 7 de mayo

- 09:00-11:00 Curso: Ortodoncia interceptiva de principio a fin. *Dr. S. Rotberg*
11:00-11:30 Pausa café
11:30-13:00 Curso Dr. Rotberg (cont.)
14:00 Almuerzo de trabajo
15:30-17:30 Curso Dr. Rotberg (cont.)
17:30-17:45 Pausa café
17:45-19:00 Curso Dr. Rotberg (cont.)
19:45 Salida en autobuses para ir al Pazo de Vista Alegre. Cena Romería Gallega

Sábado, 8 de mayo

- 09:00-11:00 Curso: Cirugía mucogingival en niños y adolescentes. *Dr. J. García Fernández, Dr. J.I. Salmerón Escobar*
11:00-11:30 Pausa café
11:30-13:30 Manipulación de la guía oclusal desde la dentición temporal. Objetivos ortopédicos. *Dr. Facal García*
13:30 Clausura del Congreso
Tarde Asamblea de la SEOP
20:00 Acto Homenaje 25 Aniversario (Hostal de los Reyes Católicos)
21:30 Cena de Gala (Hostal de los Reyes Católicos)

CURSO DE ODONTOPIEDIATRÍA PARA AUXILIARES DENTALES (Palacio de Congresos) 8 de Mayo - Sábado, 09:00-13:30 horas

Durante la XXI Reunión de la SEOP se va a desarrollar un curso para Auxiliares Dentales. El tema del mismo se centrará en: Los nuevos conceptos preventivos en odontopediatría y cómo mejorar la comunicación con los padres y pediatras.

El curso será dictado por los doctores: Dr. Stephen S. Moss, Dr. Saul Rotberg, Dr. Angel Bellet Cubells.



XXI Reunión de la SEOP

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES

- 11 Etiopatogenia de las fisuras labiales en pacientes con síndrome de Down.
Casal, B.; Diz, P.; Facal, M.; Vázquez, E.; Feijoo, J.F.
- 11 Estudio longitudinal de la erupción en dientes temporales.
Fernández, N.; Facal, M.; Blanco, A.; Fernández, A.
- 11 Dismorfismo sexual de las arcadas temporales.
Facal, M.; De Nova, J.; Fernández-Quiroga, N.; Steira, C.
- 12 Simetría de las hemiarquadas en dentición temporal.
Blanco, A.; Facal, M.; Casal, B.; Fernández, A.
- 12 La expansión rápida maxilar en niños y sus implicaciones clínicas.
Pérez Varela, J.C.; Feliu García, J.M.
- 12 Técnicas para la recuperación de espacio tras la pérdida prematura de un diente primario.
Feliu García, J.M.; Pérez Varela, J.C.
- 13 Cambios faciales tras el tratamiento ortodóncico en el respirador oral.
Gutiérrez, L.; Fernández, A.; Valladares, M.; Seoane, S.
- 13 Evaluación de la sonrisa en odontopediatría.
González, G.; Feliu, J.M.; Perales, P.
- 13 Paladar ojival en respiradores orales
Valladares, M.; Fernández, A.; Gutiérrez, L.; Seoane, S.
- 14 Estudio longitudinal en niños con tratamiento de ortodoncia: Cambios gingivales y microbiológicos.
López, M.; Espantoso, L.; Bratos, E.; Rodríguez, M.C.; Garcillán, R.; Rivero J.C.
- 14 Actitud terapéutica del odontopediatra frente al quiste folicular. ¿Enfoque quirúrgico o conservador?
Fernández, J.; Pernía, I.; Costa, F.; Torres, L.
- 14 Tratamiento multidisciplinar del paciente con fisura labiopalatina.
Costa, F.; Fernández, J.; Bartolomé, B.; Beltrí, P.
- 15 Bruxismo en la infancia. ¿Una necesidad terapéutica?
Miegimolle, M.; Saavedra, G.; Maroto, M.; Planells, P.; Vidal, E.
- 15 El paciente autista. ¿Un reto odontopediátrico?
Martínez, E.; Saavedra, G.; Planells, P.; Ortega, P.; Urbano, A.B.
- 15 La utilización clínica de la máscara facial.
Albero, G.; de Nova, J.; Mourelle, R.; Hernández, E.; Diéguez, M.; Marín, J.M.
- 15 La ortopantomografía como ayuda diagnóstica del desarrollo facial.
Diéguez, M.; de Nova, J.; Mourelle, R.; Albero, G.; Hernández, E.
- 16 Alteraciones musculares en el paciente odontopediátrico con clase II división 1ª.
Hernández Freijomil, E.; Albero Romano, G.; Diéguez Pérez, M.; Mourelle, R.; De Nova, J.
- 16 Microfiltración en restauración de dientes temporales obturadas con nuevos materiales fotopolimerizables.
Peñalver, M.A.; Ferrer, C.M.; González, E.; Abad, M.L.
- 16 Morfología craneofacial en individuos con agenesia dental.
Agirre, N.; Gorritxo, B.
- 17 Evaluación del desarrollo radicular en dientes con apicoformación.
Muñoz Muñoz, L.; Domínguez Reyes, A.; Aznar Martín, T.; Marín Castro, I.

- 17 Relación índice de caries, *Streptococcus mutans* y lactobacilos, en niños nacidos de madres VIH(+).
Marín, I.; Domínguez, A.; Aznar, T.; Muñoz, L.
- 17 Prótesis dentales removibles en tres niños preescolares
Aznar, T.; Domínguez, A.; Marín, I.
- 18 Respuesta pulpar de dos adhesivos dentinarios en dientes de rata.
Cortés, O; García, C; Castejón, I; Gomez, J.L.
- 18 Comparación de la microfiltración en obturaciones de clase II de molares temporales, utilizando como base cavitaria compómeros fluidos y composites fluidos.
Cadroy, I.; Iriarte Roca, R.; Moizé Arcone, L.; Gatón Hernández, P.
- 18 Comparación del aumento de temperatura, a nivel de cámara pulpar, durante la polimerización de composites y compómeros fluidos en dentición temporal y permanente.
Moizé Arcone, L.; García Voloria, A.; Redondo G.; Gatón Hernández, P.
- 19 Valoración de la exploración de caries con Diagnodent.
López, M.; Bernal, M.D.; Pérez, L.; Lojo, J.M.
- 19 Trisomía parcial del cromosoma 22 y su repercusión dentaria.
Mourelle, R.; de Nova, J.; Barbería, E.
- 19 Obturaciones preventivas de resina: Evaluación clínica a los 2 años.
Mas, M.; Estrela, F.; Zaragoza, A.; Tortosa, P.
- 19 Estudio descriptivo de la relación entre ciertos antecedentes y la conducta que presentaron 250 niños en la consulta dental.
Tortosa, P.; Catalá, M.; Ferrer, I.; Mas, M.
- 20 Revisión de tratamientos pulpares en incisivos temporales.
Estrela, F.; Ferrer, I.; Zaragoza, A.; Vello, A.
- 20 Estudio *in vitro* de un material "inteligente".
Vello, A.; Estrela, F.; Catalá, M.; Zaragoza, A.; Ferrer, I.
- 20 Sobre un caso de osteocondrodisplasia.
Brusola Cardo, A.

XXI Reunión de la SEOP

ÍNDICE DE POSTERS

- 21 Modificación de la conducta como medida de tratamiento en hábitos de succión digital y deglución atípica.
Alonso, Y.; Martínez, M.
- 21 Tratamiento ortodéntico-quirúrgico de los caninos maxilares incluidos por palatino mediante tracción submucosa “cerrada”.
Alvarez Alvarez, I.; Ibaseta, G.; Baladrón, J.; Moriyón, J.; Grande, L.; Espinosa, J.
- 21 Síndrome del incisivo maxilar solitario.
Aparicio, E.; Cahuana, A.; Riñón, I.; Sánchez, M.
- 22 Reposición protésica del 1^{er} molar en el adolescente.
Austro, M.D.; López, M.; Castejón, I.; Gómez, J.L.; García Ballesta, C.; Brotons, A.
- 22 Exploración prenatal de la dentición.
Bolaños, M.V.; Sabatel, R.M.; Cuadros, J.L.; Manrique, M.C.
- 23 Radiolucidez preeruptiva. Revisión de la literatura.
Briones, M.T.; Bolaños, M.V.; Manrique, M.C.
- 23 Evolución de la periodontopatía de una paciente con neutropenia idiopática: Estudio de dos años.
Cabrerizo, C.; Oñate, R.; Martínez-López, F.
- 23 Comparación de la microfiltración en obturaciones de clase II de molares temporales, utilizando como base el quiste paradental en odontopediatría.
Cahuana, A.; Fabián, R.; Mora, F.; Sarget, N.
- 24 Expansión rápida palatina: Disyuntor sobre dos bandas.
Daunis, J.; Fernández Bozal, J.; Gatón Hernández, P.
- 24 Los alambres superelásticos en el paciente pediátrico.
De Luque, A.; Arias, Y.; Rodríguez, C.; Castedo, E.; Suárez, D.
- 24 Características cefalométricas en dos casos clínicos que presentan oligodoncia.
España López, A.J.; Vallejo Bolaños, E.
- 25 Recuperación de espacio en un caso clínico de anquilosis de un molar temporal.
Esteves, L.P.; Ota, V.
- 25 Etiopatogenia del maltrato y negligencia dental infantil.
Fernández, F.J.; López, J.M.; García-Anlló, J.M.
- 25 Tumores benignos de lengua en niños. A propósito de dos casos.
Ferrer, I.; Estrela, F.; Zaragoza, A.; Catalá, M.
- 25 Características odontoestomatológicas y craneofaciales de una niña con síndrome de Rieger.
Gallifa Llimós, E.; López Jimenez, J.; Giménez Prats, M.J.
- 26 Influencia del tratamiento sistémico con corticoides en la mineralización de la dentición permanente.
Gómez, J.L.; López, E.; Austro, M.C.; Castejón, I.; García Ballesta, C.
- 26 Tratamientos ortodéntico-quirúrgico de los caninos maxilares incluidos por vestibular mediante colgajo de reposición apical.
González Alperi, B.; Ibaseta, G.; Baladrón, J.; Moriyón, J.; Grande, L.; Espinosa, J.
- 26 Relación entre cefalometría y somatometría en el síndrome de carencia afectiva (SCA).
López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.; Fernández Delgado, F.J.

- 27 Razones para las extracciones dentarias en una población rural de Granada.
López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.
- 27 Alternativa terapéutica de la recesión gingival en el paciente pediátrico.
Magán, R.; Castejón, I.; Cómez, J.L.; Austro, M.D.; García Ballesta, C.
- 27 Aportaciones actuales a los sistemas de remoción de la caries dental. Estudio piloto.
Maroto, M.; Planells, P.; Saavedra, G.; Miegimolle, M.; Moal, N.
- 27 Germectomía 3^{er} molar inferior. Técnicas quirúrgicas.
Martín Gilarranz, P.L.; Rodríguez Prego, J.M.; Fernández Varela, J.M.
- 27 Tratamiento interceptivo de la mordida cruzada en dentición mixta.
Martínez León, M.; Muñoz Morente, R.
- 28 Patrón oclusal en dentición temporal. Estudio de una muestra de 200 niños.
Nosàs, M.; Cahuana, A.; Sarget, N.; Moncunill, J.
- 28 Nuevos sistemas de higiene oral durante las etapas eruptivas de la dentición temporal.
Saavedra, G.; Planells, P.; Echániz, R.; Echeverría, P.
- 29 El aporte de flúor en edad pediátrica a partir de las aguas envasadas españolas.
Romero, M.; Aguilera, L.; Pérez, L.; Maraver, F.
- 29 Displasia dentinaria: A propósito de un caso.
Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.; López Trujillo, J.M.
- 29 Síndrome de Sotos. Características dentofaciales y hallazgos cefalométricos. A propósito de un caso clínico.
Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.; Caro Cruz, E.
- 30 Estudio de la variación de la prevalencia de caries en una población escolar de 6 años en área rural de la provincia de Valencia.
Zaragoza, A.; Catalá, M.; Ferrer, I.; Estrela, F.

XXI Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría

Santiago de Compostela, 5 al 8 de mayo de 1999

ETIOPATOGENIA DE LAS FISURAS LABIALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Casal, B.; Diz, P.; Facal, M.; Vázquez, E.; Feijoo, J.F.

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y estudiar la etiopatogenia de las fisuras labiales (FL) en un colectivo de pacientes con Síndrome de Down.

Material y métodos: Se seleccionó aleatoriamente un grupo de 50 pacientes con S. de Down con edades comprendidas entre 4 y 48 años. La prevalencia de FL se determinó cuantificando la presencia de estas lesiones y/o de cicatrices de fisuras previas. En la exploración oral se registraron también otras variables como la morfología del paladar, tamaño de adenoides, clase de Angle, coexistencia de enfermedad periodontal, tamaño y posición de la lengua, etc. En todos los pacientes se recogieron frotis de mucosa oral (paladar, lengua y vestíbulo) y se cultivaron en medio específico para descartar la presencia de *Candida albicans*.

Resultados: El 46% de los pacientes presentaban FL, con un discreto pico de prevalencia en la tercera década de la vida. El 91% de los pacientes menores de 20 años con FL estaban infectados por *C. albicans*, reduciéndose este porcentaje al 66% en los mayores de 20 años; 4 mujeres mayores de 20 años tenían fisuras sin infección fúngica (33% de los pacientes con fisuras) frente a un solo paciente menor de 20 años, y en ninguno de estos casos las FL se localizaron en el labio superior.

Conclusiones: En los pacientes más jóvenes la mayoría de las fisuras están en relación con la presencia de *C. albicans*. Durante el crecimiento, el prolapso lingual favorece la eversión del labio inferior y el prognatismo mandibular; esta nueva posición labial podría favorecer la aparición de FL en el labio inferior en los mayores de 20 años (especialmente en las mujeres, por tener un epitelio más delgado).

ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA ERUPCIÓN EN DIENTES TEMPORALES

Fernández, N.; Facal, M.; Blanco, A.; Fernández, A.

Facultad de Medicina y Odontología. Servicio de Pediatría. Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela.

Objetivos: Valorar el momento de la erupción dental en niños gallegos y compararla con otros datos existentes en la literatura.

Material y métodos: Se estudió una muestra de 26 niños sanos desde su nacimiento hasta los 36 meses. Se realizaron revisiones periódicas mensuales durante el primer año de vida y cada 3 meses durante el segundo y tercer año, tomando nota de los dientes presentes en boca. Los datos fueron obtenidos siempre por el mismo explorador. Datos dudosos, incompletos ó pacientes con enfermedades crónicas se excluyeron.

Resultados y conclusiones: La edad media de la erupción de los distintos grupos dentarios en la muestra estudiada es similar a la obtenida por autores escandinavos.

DISMORFISMO SEXUAL DE LAS ARCADAS TEMPORALES

Facal, M.*; De Nova, J.; Fernández-Quiroga, N.*; Sieira, C.***

**Facultad de Medicina y Odontología. Santiago de Compostela. **Facultad de Odontología. UCM. Madrid*

Objetivos: Estudiar las diferencias que puedan presentar las arcadas temporales (dimensionales y oclusales) entre ambos sexos.

Material y método: 267 pares de modelos de escayola en los que se midieron dientes y parámetros de arcada (anchura, perímetro, profundidad), utilizando un calibre digital. Articulándolos en máxima intercuspidación, reflejamos su oclusión. (Diaatesmas, Plano terminal, Clase canina, Relación transversal de arcadas, Resalte y Sobremordida). Tras el análisis estadístico, hemos comparado todas las variables obtenidas, entre ambos sexos.

Resultados y conclusiones: Los niños tienen dientes y arcadas temporales mayores que las niñas. Los aspectos oclusales no presentan diferencias, exceptuando los diastemas que son significativamente más frecuentes en los niños.

SIMETRÍA DE LAS HEMIARCADAS EN DENTICIÓN TEMPORAL

Blanco, A.; Facal, M.; Casal, B.; Fernández, A.

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela

Objetivos: Estudiar si dientes y segmentos homólogos de hemiarquadas derecha e izquierda son simétricos.

Material y métodos:

- 60 modelos de escayola.
- 1 calibre de puntas finas de precisión de una décima de milímetro.
- Medidas realizadas por dos investigadores.
- Estudio estadístico: a) test de Kolmogorov-Smirnov; b) test t de Student.

Resultados: Las diferencias entre las medidas obtenidas por los dos investigadores para un mismo diente o segmento de un modelo no sobrepasan los 0,5 mm. La media se acepta que es nula en el 75% de las variables.

Las diferencias entre hemiarquadas no sobrepasan

1,1 mm en los dientes ni 2,2 mm. en los segmentos. Se acepta que las medias son nulas en el 93% de las variables.

Conclusiones: El hecho de que las diferencias medias entre hemiarquadas sean nulas, no justifica que las medidas individuales de ambas se puedan considerar iguales.

LA EXPANSIÓN RÁPIDA MAXILAR EN NIÑOS Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

Pérez Varela, J.C.*; Feliu García, J.M.**

Universidad de Santiago de Compostela.

Los ortodoncistas expanden el maxilar con bastante frecuencia en sus clínicas para corregir ciertas maloclusiones. A pesar de que muchos de ellos están de acuerdo con bastantes de las indicaciones y beneficios de la expansión rápida, una revisión exhaustiva de la literatura indica que existen numerosos desacuerdos acerca del procedimiento citado.

En este trabajo pretendemos valorar los efectos más visibles que se producen en las estructuras faciales, la dentición y el periodonto como consecuencia de la aplicación de la expansión rápida maxilar, valorando, a su vez, las implicaciones de estos hallazgos en el tratamiento de pacientes que necesitan expansionar el maxilar. Queremos así mostrar las indicaciones y contraindicaciones de este método, a la vez que sugerir un método para calcular la cantidad de expansión requerida con un calendario de activación para las diferentes edades.

TÉCNICAS PARA LA RECUPERACIÓN DE ESPACIO TRAS LA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE PRIMARIO

Feliu García, J.M.; Pérez Varela, J.C.***

Universidad de Santiago de Compostela.

Pueden crearse potenciales problemas de espacio por el desplazamiento de los incisivos o molares permanentes tras la extracción prematura de los caninos o molares primarios. En los niños que presentan problemas moderados sin afectación esquelética, se puede recuperar el espacio perdido recolocando los dientes que se han desplazado. Posteriormente después de haber eliminado en su totalidad la discrepancia de espacio, es necesario aplicar un mantenedor de espacio hasta que erupcionen los dientes permanentes.

Una situación muy frecuente es la recuperación de espacios tras la pérdida prematura de los segundos molares primarios a causa de caries o en raras ocasiones por la erupción ectópica del primer molar permanente. Esta pieza suele migrar mesialmente con bastante rapidez cuando se ha perdido el segundo molar primario. Y es aquí donde van a intervenir las técnicas de recuperación de espacio que vamos a detallar en la presente comunicación. Los métodos empleados deben limitarse a recuperar 3mm de espacio o menos en una zona localizada. Generalmente es más fácil recuperar espacio en el arco superior debido a que la bóveda palatina proporciona mayor anclaje para los aparatos removibles y se pueden emplear fuerzas extraorales. A pesar de lo dicho vamos a hablar de recuperación de espacio tanto en el maxilar como en la mandíbula.

CAMBIOS FACIALES TRAS EL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO EN EL RESPIRADOR ORAL

Gutiérrez, L.; Fernández, A.; Valladares, M.; Seoane, S.
Santiago de Compostela

Objetivo: Evaluar los cambios faciales producidos tras el tratamiento ortodóncico en un paciente respirador oral.

Material y método: Paciente de 11 años respirador oral con una maloclusión de clase II-1ª que presenta características típicas faciales, esqueléticas y dentarias de los respiradores orales.

Se realizó un seguimiento durante 6 años con fotografías, radiografías, modelos de estudio y pruebas complementarias.

Resultado: Se consiguió una corrección de la maloclusión, un adecuado sellado labial y el cese de los hábitos de deglución atípica y respiración oral.

Conclusión: Con el tratamiento de ortodoncia solo conseguimos cambios en los tejidos blandos del tercio inferior de la cara y no así en los tercios medio y superior.

EVALUACIÓN DE LA SONRISA EN ODONTOPEDIATRÍA

González, G.; Feliu, J.M.; Perales, P.

Master de Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Santiago de Compostela.

El aspecto de la sonrisa viene marcado exteriormente

por los músculos faciales y el contorno estético de los labios, e interiormente por la forma anatómica de los huesos maxilares y por la posición de los dientes. Los dientes van a determinar a su vez la altura, posición y forma de la encía, y las prominencias o depresiones óseas, dando lugar a un recontorneado de los tejidos blandos y definiendo ciertos rasgos estéticos.

Objetivo: El objetivo de esta comunicación es analizar la sonrisa mediante la medición de las características faciales que hacen a una sonrisa más agradable o estética, frente a aquellas que producen el efecto contrario.

Material y método: Se han escogido las fotografías frontales sonriendo de 20 pacientes jóvenes del fichero de pacientes del Master de Ortodoncia de la Universidad de Santiago, que no presentaban ninguna alteración del desarrollo o traumática, ni pérdida de dientes debido a procesos infecciosos, ni estaban sometidos a ningún tratamiento ortodóncico.

Se realizó un cuestionario estandarizado sobre el aspecto de la sonrisa de cada paciente de forma aislada y en contexto general de la cara, clasificándola en 5 grupos: muy pobre, aceptable, agradable y excelente. Estos cuestionarios fueron rellenados por 10 profesionales que aportaron su distinto punto de vista en cuanto a su particular definición de la sonrisa ideal.

Resultados: Todos los datos fueron procesados y se analizaron las distintas características comunes a cada grupo, realizando mediciones respecto al resto de estructuras de la cara.

PALADAR OJIVAL EN RESPIRADORES ORALES

Valladares, M.; Fernández, A.; Gutiérrez, L.; Seoane, S.
Santiago de Compostela

Objetivo: Se establecen medidas en sentido cráneo-caudal y latero-lateral en respiradores orales, con el fin de correlacionar estas con la observación clínica del paladar ojival.

Material y método: Se utilizaron pacientes entre 5 y 12 años, descartando aquellos que fueron sometidos a una extirpación adenoidea.

Se hicieron estudios radiológicos y mediciones sobre modelos de estudio.

Resultado y Conclusión: Se ha hallado que las mediciones efectuadas en los modelos de escayola determinan una disminución del ancho del paladar al mismo

tiempo que aumenta la medida cráneo-caudal del mismo.

ESTUDIO LONGITUDINAL EN NIÑOS CON TRATAMIENTO DE ORTODONCIA: CAMBIOS GINGIVALES Y MICROBIOLÓGICOS

López, M.; Espantoso, L.; Bratos, E.; Rodríguez, M.C.; Garcillán, R.; Rivero J.C.

Facultad de Odontología. UCM. Dpto. Estomatología IV. Universidad de Mississippi. Madrid.

Objetivos: Evaluar los cambios clínicos y microbiológicos a nivel del surco gingival en niños tratados con ortodoncia fija y removible.

Material y método: Se escogieron 20 pacientes al azar, 10 tratados con aparatología fija y 10 con removible. Se analizaron muestras de placa del surco gingival de 4 dientes (21, 26, 31 y 36) antes de colocar aparatología, a los 30 y a los 90 días. Se registraron los índices de placa y gingivitis.

Resultados: Con aparatología fija aumentan los microorganismos aerobios a expensas del *Streptococcus salivarius*. Los anaerobios duplican su presencia. El *Fusobacterium nucleatum* es el más representativo. Los índices periodontales se incrementan notablemente.

Conclusiones: La placa se hace más anaerobia y agresiva en pacientes con ortodoncia fija, aumentando el riesgo de alteraciones periodontales. Con aparatología removible no se aprecian cambios considerables.

ACTITUD TERAPÉUTICA DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE AL QUISTE FOLICULAR. ¿ENFOQUE QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?

Fernández, J.; Pernia, I.; Costa, F.; Torres, L.

Departamento de Odontología. Universidad Europea de Madrid

Introducción: Los quistes foliculares se desarrollan alrededor de la corona de dientes no erupcionados, después del completo desarrollo del esmalte, siendo frecuentemente observados en jóvenes entre los 10 y 20 años de edad.

Objetivos: Debido a su capacidad de formación y la ausencia de sintomatología, la lesión se vuelve exten-

sa, pudiendo provocar desplazamiento en los dientes presentes en el arco dentario.

La conducta terapéutica, en la mayoría de los casos, consiste en la marsupialización (Técnica de Partsch), asociada a la retirada de una pequeña parte de la lesión quística, que debe ser enviada para su examen histopatológico.

Discusión: En general la descompresión del quiste determina la migración fisiológica del diente, que podrá ocupar su posición normal en el arco dentario. De esta forma el traccionamiento ortodóncico y las intervenciones quirúrgicas extensas, representan procedimientos innecesarios, en la mayoría de los casos.

Por tanto, se valorarán algunos casos clínicos con los cuales el odontopediatra y el cirujano pueden encontrarse, así como la conducta terapéutica apropiada en estas circunstancias.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON FISURA LABIOPALATINA

Costa, F.; Fernández, J.; Bartolomé, B.; Beltri, P.

Departamento de Odontología. Universidad Europea de Madrid

Introducción: Las fisuras labiopalatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Se manifiestan, por tanto, precozmente en la vida intrauterina. Más específicamente en el período embrionario e inicio del período fetal.

Objetivos: El estudio del paciente fisurado, ha sido muy controvertido. Se mantienen en la actualidad, incertidumbres sobre varias preguntas, por ejemplo: la edad en la cirugía debe ser ejecutada, la secuencia de su realización, falta o no de tejido o de potencial de crecimiento normal, necesidad de corrección ortopédica maxilar preoperatoria y finalmente, la necesidad o no de injerto óseo. Las concepciones doctrinarias sobre la morfología de la lesión, tanto como el crecimiento y desarrollo craneofacial influirán en los métodos del tratamiento de estos pacientes.

Discusión: En esta comunicación se repasarán todos los aspectos básicos en la clasificación y tratamiento del paciente portador de fisura labiopalatina, así como el lugar que el odontopediatra ocupa en el equipo multidisciplinar que atiende generalmente a estos pacientes.

BRUXISMO EN LA INFANCIA. ¿UNA NECESIDAD TERAPÉUTICA?

Miegimolle, M.; Saavedra, G.; Maroto, M.; Planells, P.; Vidal, E.

Facultad de Odontología. UCM.

Objetivos:

- Analizar la patología del bruxismo en el paciente odontopediátrico.
- Establecer propuestas terapéuticas para minimizar o eliminar sus manifestaciones.

Material y método: Sobre casos clínicos de pacientes infantiles afectados de la citada patología son analizadas la etiología, patogenia, expresión clínica y metodología diagnóstica con el fin de establecer una terapéutica individualizada en cada caso.

Resultados: Se obtienen distintos protocolos terapéuticos como resultado de las pruebas clínicas y manifestaciones orales.

Conclusiones: Pese a ser esta una patología bien descrita y estudiada en el adulto son muy escasas las aportaciones a la misma en el paciente infantil. La presente comunicación científica pretende ofrecer una guía para su correcto diagnóstico y tratamiento en el niño.

EL PACIENTE AUTISTA. ¿UN RETO ODONTOPEDIÁTRICO?

Martínez, E.; Saavedra, G.; Planells, P.; Ortega, P.; Urbano, A.B.

Facultad de Odontología. UCM.

Objetivo: Obtener un programa de atención y seguimiento de la salud oral en niños y niñas con autismo.

Material y método: La muestra estaba formada por 19 niños y niñas de edades comprendidas entre tres y catorce años afectados de síndrome autístico y pertenecientes a un centro especial de la Comunidad de Madrid. Tras intercolaboración con el equipo de psicólogos del centro se logra con desensibilización sistemática y modelado conseguir colaboración con dichos niños para acceder a la exploración y pruebas complementarias y obtener un análisis del estado de salud oral de la muestra estudiada.

Resultados: El análisis de la dieta, medidas higiénicas, estado de salud oral, utilización de servicios dentales, hábitos y patología derivada de la propia enfermedad nos lleva a individualizar en cada paciente estudiado un protocolo de atención y seguimiento con obje-

to de minimizar su índice de riesgo de enfermedad a nivel oral.

Conclusiones: Hemos encontrado escasas referencias sobre salud oral en este tipo de niños. La posibilidad de trabajar de forma conjunta con profesionales habituados al control y educación en estos pacientes sin duda abre un nuevo camino en aras a la consecución de una mejor salud oral en estos niños.

LA UTILIZACIÓN CLÍNICA DE LA MÁSCARA FACIAL **Albero, G.; de Nova, J.; Mourelle, R.; Hernández, E.; Diéguez, M.; Marín, J.M.**

Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid

Ciertas alteraciones esqueléticas se manifiestan muy precozmente, por lo que el Odontopediatra debe estar capacitado para diagnosticarlas y debe conocer las posibilidades terapéuticas disponibles para corregirlas.

Se estudia la máscara facial en pacientes en crecimiento pues modifica tanto la dirección como la cantidad de crecimiento de los maxilares.

Exponemos unos casos clínicos que ponen de manifiesto los importantes efectos ortopédicos que se producen al instaurar un tratamiento precoz.

Se utiliza en Clases III causadas por hipoplasia y/o retrognacia maxilar, mejorando las relaciones esqueléticas. Su efecto es ortopédico, por lo que su uso debe ser lo más precoz posible.

Este hecho responsabiliza al Odontopediatra ya que es el que atiende a este tipo de pacientes.

LA ORTOPANTOMOGRAFÍA COMO AYUDA DIAGNÓSTICA DEL DESARROLLO FACIAL **Diéguez, M.; de Nova, J.; Mourelle, R.; Albero, G.; Hernández, E.**

Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid

El presente estudio tiene como objetivo destacar el uso de la ortopantomografía y como estudio complementario al de la teleradiografía para el diagnóstico precoz de ciertas alteraciones del desarrollo facial, ya que rutinariamente una ortopantomografía es solicitada por el odontopediatra para el diagnóstico de un gran número de alteraciones relacionadas sobre todo con la dentición, sería interesante comprobar las posibilidades de

extender su uso al diagnóstico de otros problemas de desarrollo.

Con tal fin hemos utilizado como patrón de trabajo 40 radiografías panorámicas que forman parte del historial clínico de los niños que acuden al Máster de Odontopediatría y que de forma rutinaria son empleadas para establecer un diagnóstico total del estado de salud oral del niño. Así mismo nos hemos ayudado de las correspondientes teleradiografías, fotos y modelos de estudio. Este material se ha estudiado siguiendo unos protocolos de examen que basados sobre todo en medidas lineales y angulares valoran entre otros, las asimetrías y la dirección de crecimiento.

Como conclusión hemos observado que el análisis de las ortopantomografías resulta particularmente útil en el estudio de las asimetrías faciales, existiendo ligeras variaciones de la simetría facial que funcionalmente y estéticamente son poco relevantes. También nos ofrece información sobre la dirección de crecimiento mandibular, por tanto la ortopantomografía se muestra como una ayuda que nos puede orientar en dichos diagnósticos.

ALTERACIONES MUSCULARES EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO CON CLASE II DIVISIÓN 1ª

Hernández Freijomil, E.; Albero Romano, G.; Diéguez Pérez, M.; Mourelle, R.; De Nova, J.

Master de Odontopediatría. Departamento de Estomatología IV. Facultad de Odontología. UCM.

Objetivos: En el desarrollo de la cara y de la dentición, la musculatura orofacial tiene una profunda influencia, tal y como ocurre en el paciente odontopediátrico con malocclusión de clase II división 1ª, en el que además de una causa ósea, suele aparecer un problema de disfunción muscular.

El objeto de este estudio es diagnosticar y estudiar el problema muscular que aparece en el paciente odontopediátrico con clase II división 1ª.

Material y métodos: Para ello se realizan estudios electromiográficos en reposo y en función a una serie de pacientes con maloclusión de clase II división 1ª.

Resultados: Los resultados exponen una disfunción muscular con alteración de la función de los músculos masticatorios, así como algunos músculos faciales.

Conclusiones: En clase II división 1ª existe una clara etiología muscular que provoca y favorece el mantenimiento de la maloclusión.

MICROFILTRACIÓN EN RESTAURACIÓN DE DIENTES TEMPORALES OBTURADAS CON NUEVOS MATERIALES FOTOPOLIMERIZABLES

Peñalver, M.A.; Ferrer, C.M.; González, E.; Abad, M.L.
Facultad de Odontología, Universidad de Granada.

Objetivo: El propósito de este estudio fue comparar la capacidad de sellado en esmalte y dentina de un cemento de ionómero de vidrio fotopolimerizable, Fuji II LC (GC Corporation), y de un compómero, Compoglas (Vivadent), utilizados para obturar cavidades de clase V en dientes temporales.

Material y método: Un total de 20 molares temporales fueron divididos al azar en 4 grupos. Cada grupo estaba formado por cinco molares a los que se les realizaron dos cavidades, una con bisel y otra sin bisel, empleando para su obturación alternativamente el ionómero fotopolimerizable y el compómero citados. Se introdujeron en azul de metileno al 2% durante 7 días y se seccionaron longitudinalmente para evaluar la microfiliación.

Resultados: Los resultados muestran que cuando se obturan las cavidades con el ionómero, los mejores resultados se obtienen al no realizar biseles, y cuando se obturan las cavidades con el compómero, es útil el uso del barniz protector para disminuir la microfiliación. Con ambos materiales existe menor filtración en el margen oclusal de la cavidad que en el margen gingival.

Conclusiones: La microfiliación en cavidades de clase V en dientes temporales está influenciada por el material de obturación y técnicas utilizadas.

MORFOLOGÍA CRANEOFACIAL EN INDIVIDUOS CON AGENESIA DENTAL

Agirre, N; Gorritxo, B.

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa.

Objetivo: determinar las características craneofaciales de los individuos con agenesia.

Material y método: Tras revisar 404 Historias, hemos formado 2 grupos: el grupo A (21 pacientes con agenesia) y el grupo B o control, (21 individuos sin agenesia con clase I molar y canina). Edad media en ambos grupos: 14 años.

Con cada paciente, se realizó: historia clínica, exploración, impresiones de alginato, fotografías y radiografías.

Resultados: Podemos destacar la mayor retroincli-

nación de los incisivos superiores, un patrón mandibular más horizontal y maxilar superior más retruído.

Conclusión: Según los resultados, la agenesia podría influir en el desarrollo y posición de los maxilares, así como en la posición dental.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO RADICULAR EN DIENTES CON APICOFORMACIÓN

Muñoz Muñoz, L; Domínguez Reyes, A; Aznar Martín, T; Marín Castro, I.

Facultad de Odontología de Sevilla

Objetivo: Valorar en dientes permanentes jóvenes con pulpa necrótica y ápice abierto, el desarrollo y cierre apical de la raíz, tras el tratamiento con apicoformación.

Material y método: En un total de 41 pacientes, se estudian 54 dientes en los que se realiza la técnica de apicoformación de manera habitual. Revisados clínica y radiográficamente, como mínimo cada tres meses, todos fueron seguidos hasta que percibíamos un tope apical. En cada diente apicoformado, analizamos el tiempo de formación de dicho tope, el tipo de cierre y la existencia o no de crecimiento radicular y los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentajes.

Resultados: El cierre apical se consiguió en el 85,18% de los casos. En el 73,83%, el número de sesiones para conseguirlo, a lo largo de 12-15 meses, fue, según los casos, de 2 a 3 sesiones; y las formas apicales obtenidas, variando entre puente recto, redondeadas y similar a la fisiológica, de un 5,5%, un 22,2% y un 57,4% respectivamente. El 18,5% de los casos presentaron crecimiento radicular, y en el 33,3% del total, el desarrollo de la raíz tratada resultó ser similar al contralateral.

Conclusiones: La apicoformación se muestra como un tratamiento que, además de ser efectivo a la hora de obtener el cierre apical en dientes permanentes jóvenes con pulpa necrótica, permite el crecimiento de la raíz en un determinado porcentaje de casos.

RELACIÓN ÍNDICE DE CARIES, STREPTOCOCCUS MUTANS Y LACTOBACILOS, EN NIÑOS NACIDOS DE MADRES VIH(+)

Marín, I.; Domínguez, A.; Aznar, T.; Muñoz, L.

Facultad de Odontología de Sevilla.

Objetivos: Estudiar las caries y cuantificar en saliva

la presencia de *S. mutans* y lactobacilos en niños VIH(+) nacidos de madres VIH(+).

Material y método: Seleccionamos, un grupo de 20 niños VIH(+) cuyos resultados fueron comparados con un grupo control sano elegidos al azar. En todos se realizó examen dental y se cuantificó la presencia de gérmenes mediante test Dentocult SM y LB, y los resultados se analizaron siguiendo un método estadístico descriptivo.

Resultados: El grupo de niños VIH(+) presentó un índice caod de 4,8 y CAOD de 2,5, similar al obtenido en el grupo control (4,76/3,58).

El estudio microbiológico arrojó que, el 25% de los niños VIH(+) mostraban un alto recuento de *S. mutans* y lactobacilos comparable con los obtenidos en niños sanos. Relacionando los índices caod/CAOD con los niveles altos o bajos de *S. mutans* y de lactobacilos, pudimos comprobar que existía una relación significativa entre niveles altos de caod/CAOD cuando los *S. mutans* y lactobacilos también lo estaban.

Conclusiones: Si, en principio, no parece que la prevalencia de caries sea mayor en los niños VIH(+) que en los sanos, una directa relación entre niveles altos de *S. mutans* y lactobacilos en saliva con las caries parece evidente en ambos grupos.

PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES EN TRES NIÑOS PREESCOLARES

Aznar, T.; Domínguez, A.; Marín, I.

Facultad de Odontología de Sevilla

Introducción: Las protesis removibles constituyen en los niños preescolares una alternativa terapéutica eficaz para rehabilitar la función, la estética y la correcta erupción de los dientes permanentes.

Casos clínicos: Se presentan tres casos, dos niñas y un niño, que, con edades comprendidas entre 4 y 5 años, mostraban pérdidas dentales; no erupción de primeros molares permanentes y caries rampantes que, no solo requerían tratamiento conservador, sino un tratamiento protésico mediante placas de resina removibles en las que, con objeto de guiar la erupción de los molares permanentes, incluimos asas productoras de isquemia gingival.

Resultados y conclusiones: Realizado el tratamiento, pudimos comprobar que, aparte el confort estético y funcional, las prótesis no solo, no interfieren en el crecimiento de estructuras, sino que, con el debido control periódico, facilitan el correcto desarrollo de las mismas y la correcta erupción de los permanentes.

RESPUESTA PULPAR DE DOS ADHESIVOS DENTINARIOS EN DIENTES DE RATA

Cortés, O; García, C; Castejón, I; Gomez, J.L.

Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.

Introducción: La pulpotomía es uno de los tratamientos pulpares más frecuentes en odontopediatría. El formocresol ha sido hasta ahora el agente más difundido. No obstante su utilización está siendo discutida debido a toxicidad local, distribución sistémica y su potencial mutagénico y carcinogénico. Existen distintas alternativas. Algunos autores han sugerido que con la aplicación de los adhesivos dentinarios se puede conseguir un sellado correcto que evite microfiltraciones y de esta forma promover la curación pulpar.

Objetivo: Valorar la respuesta pulpar en dientes de rata tras la aplicación de dos adhesivos dentinarios: Prime & Bond NT (Dentstply) y Syntac (Vivadent).

Material y método: 6 ratas Sprague-Dawley en las que se realizó una exposición pulpar en el primer molar maxilar derecho e izquierdo. Una vez controlada la hemorragia, se aplicaron los adhesivos correspondientes según las instrucciones del fabricante. Posteriormente se restauraron con un material fluido fotopolimerizable, sin grabado previo. A los 45 días se sacrificaron las ratas y se prepararon los cortes histológicos. La valoración se realizó con el microscopio óptico.

Resultados: Respuesta pulpar con inflamación severa en 1/3 coronal y ligera en 1/3 apical. No se observan puente dentinario en ninguna de las muestras. No se aprecian diferencias entre los dos adhesivos dentinarios.

Conclusiones: Se precisan más estudios clínicos e histológicos con mayor número de muestra, puesto que los componentes de los adhesivos pueden diferir según el fabricante y algunos de ellos no ser adecuados para los tratamientos pulpares.

COMPARACIÓN DE LA MICROFILTRACIÓN EN OBTURACIONES DE CLASE II DE MOLARES TEMPORALES, UTILIZANDO COMO BASE CAVITARIA COMPÓMEROS FLUIDOS Y COMPOSITES FLUIDOS

Cadroy, I.*; Iriarte Roca, R.*; Moizé Arcone, L.*; Gatón Hernández, P.**

Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

**Profesor colaborador del Área de Odontopediatría;*

***Jefe Área de Odontopediatría. UIC*

Se realizaron cavidades de clases II en 40 molares temporales, divididos aleatoriamente en dos grupos de 20 molares cada uno. En el primer grupo fueron restauradas utilizando como base cavitaria Tetric-Flow®, en el segundo grupo se utilizó Compoglass-Flow®. Se depositaron en agua destilada durante 48 horas, a una temperatura constante de 37°C. Posteriormente se introdujeron en un baño de fucsina básica al 5% durante 48 horas más. Se realizó una exposición de la interfase dentina-resina en cada espécimen y fueron estudiadas con un estereomicroscopio a 16 aumentos. Utilizando la escala de valoración de García-Godoy se estudió el grado de microfiliación de cada uno de los grupos. Los resultados fueron valorados mediante el test de T Wilconxon $p < 0,05$. No se encontraron diferencias significativas entre los dos materiales.

COMPARACIÓN DEL AUMENTO DE TEMPERATURA, A NIVEL DE CÁMARA PULPAR, DURANTE LA POLIMERIZACIÓN DE COMPOSITES Y COMPÓMEROS FLUIDOS EN DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE

Moizé Arcone, L.*; García Voloria, A.; Redondo G.*; Gatón Hernández, P.*****

Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

**Profesor colaborador del Área de Odontopediatría;*

***Profesor Asociado; ***Jefe Área de*

Odontopediatría.

Un aspecto aún sin resolver al realizar una restauración estética, es la interfase que se establece entre adhesivo dentinario y material de restauración. Debido a la fluidez de los adhesivos actuales, las pequeñas irregularidades producidas por la fresa en el suelo cavitario no son compensadas por los mismos y deben rellenarlas los composites los cuales no pueden hacerlo debido a la textura del material. Por esta razón, se utilizan compómeros y composites fluidos como bases de las restauraciones. Mas al tratarse de materiales de resina con bajo contenido en partículas inorgánicas, se genera un aumento de calor en la cámara pulpar, que puede producir una respuesta pulpar negativa.

Nuestro objetivo fue medir el incremento de temperatura al polimerizar el material en una muestra de 20 molares temporales y 20 molares permanentes. Se obturaron 10 de cada con Tetric-Flow® y el resto con Compoglass-Flow®. La polimerización del adhesivo dentinario aumentó la temperatura de la cámara

pulpar de todos los especímenes un promedio de 1,9°C. La polimerización del compómero fluido durante 40 segundos aumentó un promedio de 2,1°C en ambas denticiones, mientras que el aumento de temperatura con el composite fluido fue de un promedio de 1,9°C. El aumento de temperatura fue 0,2°C superior en el compómero que en el composite sin que se observaran diferencias entre ambas denticiones.

VALORACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DE CARIES CON DIAGNOdent

López, M.; Bernal, M.D.; Pérez, L.; Lojo, J.M.

Clinica Odontológica Universitaria. Universidad de Murcia.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es el de valorar la correlación clínica existente entre el diagnóstico de caries en superficies oclusales mediante el empleo de sonda y la aplicación de un nuevo método que valora la fluorescencia producida por iluminación de tipo láser.

Material y método: Se han revisado 200 niños de 6 años de edad, valorando mediante exploración visual y sonda los primeros molares y se han comparado los resultados con los obtenidos al realizar el mismo examen con DIAGNOdent.

Resultados: De los resultados obtenidos se desprende que al medir la fluorescencia por láser se pueden diagnosticar lesiones iniciales que de otra forma pasarían desapercibidas, así como una objetiva cuantificación y reproducción de los resultados.

TRISOMÍA PARCIAL DEL CROMOSOMA 22 Y SU REPERCUSIÓN DENTARIA

Mourelle, R.; de Nova, J.; Barbería, E.

Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid

Los Odontopediatras tenemos la responsabilidad de conocer todo tipo de trastornos generales, pues muchos de ellos presentan alteraciones dentales y acuden precozmente a nuestras consultas remitidos por los pediatras.

Presentamos el caso clínico de una niña de dos años con una alteración cromosómica remitida a nuestra consulta por presentar anodoncias múltiples.

Se le realiza una exploración referida al área maxi-

lofacial y a continuación se plantean las posibilidades de realizar un tratamiento odontopediátrico.

OBTURACIONES PREVENTIVAS DE RESINA: EVALUACIÓN CLÍNICA A LOS 2 AÑOS

Mas, M.; Estrela, F.; Zaragoza, A.; Tortosa, P.

Facultad de Odontología de Valencia.

Introducción: La obturación preventiva de resina es un tratamiento que requiere una técnica sencilla y a la vez es considerada como altamente respetuosa con los tejidos sanos, por lo que habitualmente está indicada en primeros molares permanentes jóvenes. El propósito del presente trabajo, es hacer una revisión clínica y radiográfica de este tipo de tratamiento para valorar su comportamiento clínico.

Material y métodos: Se han revisado clínica y radiográficamente un total de 65 restauraciones preventivas de resina realizadas durante los años 1995-96.

La retención del sellante y ausencia de caries han sido los parámetros considerados para catalogar la restauración como aceptable. Cuando había alguna pérdida de material ó presencia de caries, la obturación se consideraba no aceptable.

Resultados: Del total de restauraciones revisadas, un 26,08% eran aceptables y del grupo de no aceptables la mayoría era debido a pérdida del material, siendo la presencia de caries el parámetro menos frecuente.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA RELACIÓN ENTRE CIERTOS ANTECEDENTES Y LA CONDUCTA QUE PRESENTARON 250 NIÑOS EN LA CONSULTA DENTAL

Tortosa, P.; Catalá, M.; Ferrer, I.; Mas, M.

Fac. Medicina y Odontología. Cl. Odontológica. Odontopediatria. Valencia.

Introducción: Se ha dicho que los niños que presentan problemas de conducta en el gabinete dental, crean las situaciones más turbadoras y estresantes tanto para el dentista como para el equipo de auxiliares.

Algunos de estos niños, manifestaran abiertamente y desde el primer contacto, esos problemas de conducta, de manera que aún sin excesiva experiencia se puede preveer que van a necesitar enfoques específicos o profesionales especializados que los atiendan.

Sin embargo, un cierto grupo de niños pueden pasar

desapercibidos y no poner de manifiesto una conducta disruptiva hasta que no se intenta con ellos o incluso se hayan llevado a cabo determinados procedimientos ante los que reaccionará con actitudes de evitación acordes con su edad, y para cuya intercepción se necesita una preparación específica.

Material y método: El propósito de este trabajo es analizar la relación que existe entre ciertos antecedentes, manifestados mediante cuestionario cumplimentado por la madre, y la conducta observada con posterioridad ante tratamientos invasivos de 250 niños.

Resultados: Un 22,8% de los niños presentaron problemas de conducta que implicaban retrasar el tratamiento o no poder acabarlo.

Se detectó una fuerte correlación entre los niños que presentaban problemas de conducta y antecedentes como "respuesta al dolor con llanto", "miedo a las agujas" y "miedo de la madre al dentista".

REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PULPARES EN INCISIVOS TEMPORALES

Estrela, F.; Ferrer, I.; Zaragoza, A.; Vello, A.

Facultad Medicina y Odontología. Clínica Odontológica (Odontopediatría). Valencia.

Los traumatismos y caries de biberón son las causas más frecuentes de afectación pulpar en los incisivos temporales a edades tempranas.

El tratamiento conservador en estos casos supone la eliminación del tejido pulpar afectado y el relleno del conducto con un material reabsorbible. Este tipo de tratamiento implica hacer un seguimiento tanto clínico como radiológico hasta la edad de exfoliación.

En este trabajo se presenta la evolución que se puede observar después del tratamiento pulpar: cambio de color, exfoliación retrasada, reabsorción radicular patológica, etc. si se concluye que ante las diversas formas de evolución el seguimiento será tan importante como el propio tratamiento y sólo se dará por finalizado cuando se produzca el recambio dentario.

ESTUDIO *IN VITRO* DE UN MATERIAL "INTELIGENTE"

Vello, A.; Estrela, F.; Catalá, M.; Zaragoza, A.; Ferrer, I.

Facultad de Odontología de Valencia.

Introducción: Desde la introducción de los materiales adhesivos en Odontología conservadora, el objetivo de los investigadores ha sido mejorar las propiedades de los mismos así como facilitar su manipulación. Con estos objetivos se ha introducido en el mercado un material restaurador de aplicación directa, fotopolimerizable para el sector posterior con el nombre comercial de Ariston pHc. Se ha llamado además material "inteligente" porque es capaz de liberar, según el fabricante iones de Calcio y Flúor cuando los valores del Ph de la cavidad oral bajan produciendo un efecto tampón.

Material y métodos: Para valorar las propiedades de manipulación y adaptación del material, se han realizado 20 cavidades de clase I en molares sanos extraídos. La mitad de las preparaciones se han obturado siguiendo las instrucciones del fabricante y la otra mitad se grabaron previamente con ácido ortofosfórico.

Posteriormente, los especímenes se seccionaron longitudinalmente para ser observados bajo microscopía electrónica y valorar los parámetros de capacidad de relleno, presencia de poros y adaptación marginal.

Resultados: Los valores de capacidad de relleno y presencia de poros no están relacionados con la realización del grabado ácido de la preparación. No hay diferencias respecto a la adaptación en ambos grupos.

SOBRE UN CASO DE OSTEOCONDRODISPLASIA

Brusola Cardo, A.

Hospital General de Valencia.

Se presenta un caso clínico en el que varios síndromes generales aparecen concomitantes, siendo la osteocondrodisplasia generalizada la que mas directamente afecta a la paciente en relación con su patología dental.

Se trata de una mujer de 23 años, que ha sido seguida en su tratamiento desde los 10 años y que presentaba múltiples malformaciones dentales con alteraciones en la forma, estructura, color, tamaño etc. de sus dientes, con grave detrimento en su desarrollo corporal, oro-facial y dental.

Se aporta una de las posibles vías de tratamiento conservador.

El síndrome se refuerza con la presentación esquemática de otro caso clínico similar.

XXI Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría

Santiago de Compostela, 5 al 8 de mayo de 1999

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA COMO MEDIDA DE TRATAMIENTO EN HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y DEGLUCIÓN ATÍPICA

Alonso, Y.; Martínez, M.

Objetivo: Exponer la importancia de la modificación de la conducta en el tratamiento de los hábitos.

Material:

- Artículos y libros especializados.
- Pacientes pediátricos del Hospital "San Rafael".

Métodos:

- Sesiones clínicas y fotográficas a pacientes del Hospital "San Rafael".

- Revisión bibliográfica

Resultado: Sintetizamos en un póster la etiología, epidemiología, diagnóstico de los hábitos de succión digital y deglución atípica y tratamiento de modificación de la conducta para su corrección.

Conclusión: Consideramos que la modificación de la conducta como tratamiento para corregir los hábitos nocivos que influyen en una maloclusión, debe incluirse en el tratamiento global del paciente pediátrico.

TRATAMIENTO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE LOS CANINOS MAXILARES INCLUIDOS POR PALATINO MEDIANTE TRACCIÓN SUBMUCOSA "CERRADA"

Alvarez Alvarez, I.; Ibaseta, G.; Baladrón, J.; Moriyón, J.; Grande, L.; Espinosa, J.

Escuela de Estomatología. Universidad de Oviedo.

Objetivos: Desarrollo de un protocolo para el tratamiento de los caninos maxilares incluidos por palatino mediante un tratamiento combinado ortodóntico-quirúrgico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los resultados obtenidos en el tratamiento ortodóntico-quirúrgico de 40 caninos maxilares incluidos por palatino consecutivos en 32 pacientes durante el periodo 1995-1997 mediante la técnica de tracción cerrada submucosa.

Conclusiones: El tratamiento ortodóntico-quirúrgico de los caninos maxilares incluidos por palatino debe escogerse teniendo en cuenta la edad del paciente, motivo de la inclusión, altura de la inclusión, angulación del eje del canino respecto a los dientes adyacentes, grado de desarrollo redicular, forma normal/anormal del canino, existencia de espacio disponible en la arcada y aceptación por parte del paciente de un tratamiento multidisciplinario ortodóntico-quirúrgico. Las complicaciones de este tratamiento son: descementando del dispositivo de tracción (que obliga a una nueva intervención quirúrgica para colocarlo) y anquilosis del canino con imposibilidad de conducirlo hasta su lugar funcional en la arcada. Ninguna de ellas ocurrió en esta serie de pacientes.

SÍNDROME DEL INCISIVO MAXILAR SOLITARIO

Aparicio, E.; Cahuana, A.; Riñón, I.; Sánchez, M.

Servicio de Odontopediatría y Ortodoncia. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona.

Introducción: La presencia de un incisivo maxilar único es una anomalía dental rara⁽¹⁾.

El interés de este trastorno radica en que puede asociarse a un déficit de hormona del crecimiento, por lo que ha recibido el término de enanismo superocentroincisivo(2,3). En otros casos, se considera como una expresión incompleta de la holoprosencefalia autosómica dominante(4), en la que pueden existir defectos de la línea media (atresia de coanas, alt. Del SNC,...), o de una displasia ectodérmica autosómica dominante o recesiva.

Objetivo: Dar a conocer nuestra experiencia acerca de estas anomalías.

Material y método: Revisión retrospectiva de cuatro casos clínicos diagnosticados de incisivo maxilar único en nuestro servicio.

Resultados: Se encontraron las siguientes características:

Caso clínico 1: incisivo central maxilar único, agenesia 22, enanismo hipofisario, hipoplasia silla turca, hipotelorismo, estrabismo, inclinación antimongoloide de ojos, cara pequeña.

Caso clínico 2: incisivo central maxilar único, poliagenesias, alteración de forma y tamaño dental, retraso crecimiento de etiología prenatal, tercio medio inf. aumentado, microquelia sup., aumento de filtrum.

Caso clínico 3: incisivo central maxilar único, retraso crecimiento por déficit GH, atresia de coanas.

Caso clínico 4: incisivo central maxilar único, atresia de coanas.

Conclusiones: El incisivo maxilar solitario puede ser una entidad propia en sí misma o puede ser una manifestación asociada a diversas anomalías de la línea media, como atresia de coanas, endocrinas, óseas y del sistema nervioso central congénitas.

De acuerdo con lo descrito es recomendable, que cualquier niño que presente un incisivo central maxilar solitario sea remitido para un examen clínico detallado que excluya otras anomalías congénitas.

Bibliografía:

1. Wesley R, Hoffman W, Perrin J, Delaney J. Solitary maxillary central incisor and normal stature. *Oral Surg* 1978;46:837-842.
2. Rappaport EB, Ulstrom RA, Gorlin RJ. Solitary maxillary central incisor and short stature. *J Pediatr* 1977; 91(6):924-928.
3. Vanelli M, Bernarcosni S, Balestrazzi P. Incisive supérieure unique et déficit en STH. *Arch Fr Pediatr* 1980;37:321-322.
4. Collins AL, Lunt P, Garrett C, Dennis N. Holopro-

sencephaly a family showing dominant inheritance and variable expression. *J Med Genet* 1993;30: 36-40.

REPOSICIÓN PROTÉSICA DEL 1^{ER} MOLAR EN EL ADOLESCENTE

Austro, M.D.; López, M.; Castejón, I.; Gómez, J.L.; García Ballesta, C.; Brotons, A.

Universidad de Murcia

El objetivo del presente trabajo es exponer la evolución de un caso de un paciente varón, que acude por primera vez a la clínica, presentando un absceso apical en el primer molar inferior izquierdo (36), con fístula en vestíbulo y afectación de furca, que no remite a tratamiento farmacológico convencional.

Tras realizar un estudio clínico y radiológico, se opta por la extracción del diente. En este estudio se expone el tratamiento restaurador llevado a cabo, utilizando la cerámica evolucionada feldespática (cerámica IPS EMPRESS 2).

EXPLORACIÓN PRENATAL DE LA DENTICIÓN

Bolaños, M.V.; Sabatel, R.M.; Cuadros, J.L.; Manrique, M.C.

Departamento de Estomatología y Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Granada.

Objetivos: Abordar la identificación y contabilización de los gérmenes dentales durante el embarazo normal, utilizando la ecografía transabdominal.

Material y métodos: Se recogen las exploraciones realizadas sobre 24 gestaciones normales en las que se ha logrado visualizar los gérmenes dentales mediante un ecógrafo HDL-1000 y sonda sectorial multifrecuencia.

Resultados: En más de la mitad de las exploraciones (54,16%) se consigue contar 7 ó más gérmenes dentales; esta circunstancia es especialmente frecuente entre las semanas 21 a 28 (83,3%), seguidas de las semanas 29 a 36 (66,6%).

Conclusiones: La visualización de los gérmenes de los dientes temporales es posible mediante la ecografía bidimensional. Resulta más fácil entre las semanas 21-28 del embarazo, en el maxilar y en el sector anterior.

RADIOLUCIDEZ PREERUPTIVA. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Briones, M.T.; Bolaños, M.V.; Manrique, M.C.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Objetivos: Conocer las lesiones radiolúcidas que se detectan en la corona de dientes no erupcionados, sus posibilidades etiológicas y las actitudes recomendadas en el manejo clínico de estos casos.

Material y métodos: Hemos revisado la literatura anglosajona de los últimos 20 años (1978-98). Descriptores utilizados: "radiolucens and preeruptive" y "caries-like and preeruptive".

Resultados: Se recogen 19 artículos que describen un total de 32 casos clínicos. Los dientes afectados con mayor frecuencia son los segundos molares permanentes. Las hipótesis etiológicas más probables son los procesos de reabsorción externa y los defectos de la odontogénesis. La exodoncia o la exposición quirúrgica y tratamiento conservador son las opciones terapéuticas más utilizadas

Conclusiones: La búsqueda y vigilancia activa de las lesiones radiolúcidas en los dientes aún no erupcionados, puede evitar la pérdida prematura de los dientes permanentes afectados.

EVOLUCIÓN DE LA PERIODONTOPATÍA DE UNA PACIENTE CON NEUTROPENIA IDIOPÁTICA: ESTUDIO DE DOS AÑOS

Cabrerizo, C.; Oñate, R.; Martínez-López, F.

Unidad Docente de Pacientes Especiales. Clínica Odontológica Universitaria Murcia

La enfermedad periodontal es una entidad clínica muy frecuente en aquellos pacientes que presentan problemas de inmunodepresión

Presentamos a una niña de 6 años de edad, remitida por su Centro de Salud por patología gingival y periodontal, diagnosticada previamente de neutropenia idiopática. Tras su estudio, es sometida a un protocolo de control de placa mediante técnicas de Higiene y aplicación de barniz de clorhexidina cada tres meses.

Tras un seguimiento de dos años, se observa un enlentecimiento de la evolución de su pérdida de inserción osea. Podemos pues decir que en pacientes inmunodeprimidos las medidas higiénicas y el barniz de clorhexidina ayudan a controlar la enfermedad periodontal

COMPARACIÓN DE LA MICROFILTRACIÓN EN OBTURACIONES DE CLASE II DE MOLARES TEMPORALES, UTILIZANDO COMO BASE EL QUISTE PARADENTAL EN ODONTOPEDIATRÍA

Cahuana, A.; Fabián, R.; Mora, F.; Sarget, N.

Servicio de Odontopediatría y Ortodoncia. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: El quiste paradental, antes conocido como "quiste vestibular mandibular infectado", está clasificado por la OMS como un "quiste odontogénico inflamatorio" y la literatura al respecto en odontopediatría es escasa⁽¹⁻⁴⁾.

Objetivo: El objetivo de la presente comunicación es exponer nuestra experiencia clínica en 8 pacientes tratados en nuestro servicio.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 8 casos clínicos que presentaron una tumoración por vestibular de las raíces del primer o segundo molar permanente mandibular parcial o recientemente erupcionado con pulpa vital.

Resultados: Los dientes afectados han sido 7 primeros molares permanentes mandibulares y un segundo molar permanente mandibular. La característica clínica común a todos ellos era la tumoración antes descrita. Otras sintomatologías presentes han sido la existencia de bolsa periodontal (5 casos), dolor (4 casos), signos inflamatorios (4 casos), linguoversión del diente afectado (1 caso) y dolor a la palpación (1 caso).

Todos, previamente habían recibido tratamiento antibiótico reiterado con mejoría transitoria.

La exploración radiológica consistió en radiografías panorámicas (resultado positivo en 6 casos) y otras proyecciones radiográficas (periapicales y oclusales). Se practicó TAC mandibular (4 casos).

El tratamiento se realizó bajo anestesia general (4 casos) y ambulatorio (4 casos). Se efectuó legrado del quiste sin exodonciar el diente. Todos los casos han presentado hasta ahora una evolución favorable.

Además se efectuaron muestras para estudio histológico (6 casos) y microbiológico (2 casos). Los resultados histológicos presentaron características inflamatorias y los microbiológicos fueron poco valorables.

Conclusiones: El quiste paradental no es infrecuente.

Su diagnóstico es clínico y radiológico. Su etiología es desconocida y su tratamiento consiste en la enucleación del quiste manteniendo el molar afectado si la lesión no es muy avanzada.

Bibliografía:

1. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst-Molar area. first molar: Report of a bilateral case. J Dent Child 1992;59:361-365. Dent Radiogr Photogr 1983;56:1-14.
2. El Magboud K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected cyst or paradental cyst?: report of a case. Br Dent J 1993;175:330-332.
3. Magnusson B, Borrmann H. The paradental cyst a clinicopathologic study of 26 cases. Swed Dent J 1995;19:1-7.
4. Mínguez JM, Bonet J, Peñarrocha M, Vera F. Quistes paradentales mandibulares. A propósito de seis casos. Rev. Act. Odonto-estomat. Esp. N° 452, 56, 3, (83-88); 1996.

EXPANSIÓN RÁPIDA PALATINA: DISYUNTOR SOBRE DOS BANDAS.

Daunis, J.*; Fernández Bozal, J.; Gatón Hernández, P.*****

Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

**Estudiante del Máster de Odontopediatría*

*Integral; **Profesor Asociado; *** Jefe Área de Odontopediatría.*

La dentición mixta en fase intertransicional es un buen momento para proceder a la corrección de las mordidas cruzadas posteriores.

Cuando hay una mordida cruzada posterior unilateral, la corrección puede hacerse por medio de un movimiento de inclinación vestibular de los dientes posteriores del maxilar superior mediante una placa o un quad helix.

En el paciente que presenta una mordida cruzada posterior bilateral, la corrección mediante inclinación vestibular de los dientes puede ofrecer un resultado inestable y el tratamiento de elección suele ser la expansión rápida palatina.

En dentición mixta puede ser difícil ajustar un disyuntor soportado por los primeros molares permanentes y los primeros molares temporales, no hay bandas preformadas para los primeros molares temporales y es difícil que ajusten perfectamente y al mismo tiempo las cuatro bandas. Los aparatos consistentes en bloques de resina con el tornillo de disyunción entre ambos bloques permiten un ajuste más fácil pero son incómodos para el paciente, que debe usarlos durante un periodo de 3-4 meses, reservándose a los casos en que puede producirse una extrusión denta-

ria y elevación de la mordida durante el proceso de disyunción.

El aparato de expansión rápida colocado sobre los primeros molares permanentes permite una fácil adaptación, es confortable para el paciente y su eficiencia es equivalente a la obtenida con el aparato soportado por cuatro bandas.

LOS ALAMBRES SUPERELÁSTICOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

De Luque, A.; Arias, Y.; Rodríguez, C.; Castedo, E.; Suárez, D.

Santiago de Compostela

Recientemente, los profesionales nos vemos desbordados por una gran variedad de nuevos materiales que nos hacen muy difícil su elección. Un ejemplo de ellos es la introducción de nuevas aleaciones en los alambres de ortodoncia, que nos obligan a familiarizarnos con términos nuevos y confusos como "superelasticidad" o "pseudoelasticidad", sin conocer exactamente su definición. Si no conocemos sus propiedades, difícilmente podremos lograr el máximo beneficio evitando los efectos indeseables.

No solo nos enfrentamos a la ignorancia más absoluta en este campo, sino que además somos víctimas de su constante bombardeo por parte de las casas comerciales.

El propósito de este póster es dar a conocer las ventajas e inconvenientes de estos alambres para que el profesional haga un uso racional de los mismos y especificar cuáles cumplen realmente estas propiedades, pues no todo es tan cierto como se nos ofrece.

CARACTERÍSTICAS CEFALOMÉTRICAS EN DOS CASOS CLÍNICOS QUE PRESENTAN OLIGODONCIA

España López, A.J.; Vallejo Bolaños, E.

Facultad de Odontología de Granada.

Introducción y objetivo: Agenesia, hipodoncia, aplasia dental son términos de uso común para denominar una anomalía del desarrollo de la dentición humana en la que una o más piezas de una dentición, o ambas, faltan permanentemente por ausencia de su formación. Se considera oligodoncia cuando hay ausencia congénita de seis o más dientes excluyendo los terceros molares.

El objetivo es valorar como afecta la oligodoncia en el patrón facial.

Casos clínicos: Caso 1 - Varón de 6,10 años sin antecedentes familiares que presenta agenesias múltiples: incisivos temporales y permanentes superiores e inferiores, premolares superiores e inferiores y segundos molares permanentes inferiores.

Caso 2 - Varón de 21 años sin antecedentes familiares de agenesias que presenta agenesia de más de diez dientes permanentes.

Material y método: Se le han realizando teleradiografías laterales de cráneo, ortopantomografías y modelos dentales.

Resultados y conclusión: Existe una gran disminución de la dimensión vertical que es más evidente en el caso 2 donde se observa una altura facial inferior de 37,5°. la altura facial total es de 41° y el ángulo del plano mandibular 18°. El estudio cefalométrico sobre la teleradiografía muestra en ambos casos un patrón facial braquifacial con una gran pérdida de altura facial.

RECUPERACIÓN DE ESPACIO EN UN CASO CLÍNICO DE ANQUILOSIS DE UN MOLAR TEMPORAL

Esteves, L.P.; Otal, V.

Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Objetivos: Recuperación de espacio en un caso de anquilosis de un 2º molar temporal y mesioversión del 1º molar permanente sin haber alcanzado su erupción completa.

Material y método: Se presenta el caso de una niña de cinco años, con infraoclusión severa del 2º molar temporal superior izquierdo, posición ectópica del 2º premolar permanente superior izquierdo y pérdida de espacio en hemiarcada superior izquierda por mesioversión del 1º molar permanente superior izquierdo.

Resultados: Al cabo de un mes se observó una recuperación de espacio de aproximadamente 2,5 mm, permitiendo realizar la extracción quirúrgica del 2º molar temporal superior izquierdo.

Conclusiones: Técnica válida y bien tolerada por el paciente. Actualmente se conserva el espacio para la erupción del 2º premolar permanente superior izquierdo, esperando el momento de derivar el paciente al área de Ortodoncia para tratamiento posterior.

ETIOPATOGENIA DEL MALTRATO Y NEGLIGENCIA DENTAL INFANTIL

Fernández, F.J.; López, J.M.; García-Anlló, J.M.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Dep. Odontología Infantil.

Objetivo: Conocer las principales causas y modo de desarrollo del maltrato y negligencia dental infantil, para su eficaz prevención, diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Revisión bibliográfica.

Discusión y conclusiones:

1. El maltrato no es un fenómeno simple, sino un problema complejo que requiere un enfoque multidimensional.

2. Solamente si vemos al maltrato desde un contexto global, en el cual van a intervenir factores individuales, familiares, ambientales y sociales, que conocemos como factores de riesgo, y teniendo a su vez en cuenta los factores compensatorios, precipitantes y matizaciones socioculturales, llegaremos a su concepción etiopatogénica.

TUMORES BENIGNOS DE LENGUA EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Ferrer, I.; Estrela, F.; Zaragoza, A.; Catalá, M.

Facultad Medicina y Odontología. Clínica Odontológica (Odontopediatría). Valencia.

Los procesos proliferativos benignos de la mucosa oral se caracterizan por un crecimiento circunscrito, no invasivo y de evolución generalmente favorable. Siguiendo un criterio histológico estas lesiones se clasifican en tumores de origen epitelial, como es el caso de los papilomas y tumores de origen conectivo entre los que se encuentran los fibromas.

En este trabajo se presentan dos lesiones de lengua: un papiloma lingual y un fibroma lingual en dos niños de 13 y 12 años respectivamente y se describe la técnica de extirpación quirúrgica y los resultados de la biopsia de estas lesiones.

CARACTERÍSTICAS ODONTOESTOMATOLÓGICAS Y CRANEOFACIALES DE UNA NIÑA CON SÍNDROME DE RIEGER

Gallifa Llimós, E.; López Jimenez, J.; Giménez Prats, M.J.

Hospital Niño Dios, Barcelona.

Se presentan las características odontoestomatológicas y craneofaciales de una niña de 10 años con síndrome de Rieger, anomalía genética autosómica dominante, de penetrancia completa. La mutación genética afecta al cromosoma 4 en los locus 4q25 o 4q27 con una prevalencia de 1/200.000.

Objetivos: Conocer las alteraciones odontoestomatológicas y craneofaciales características de este síndrome y ver algunas de ellas a través del caso clínico, estableciendo un plan de tratamiento adecuado a sus limitaciones físicas o psíquicas.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO SISTÉMICO CON CORTICOIDES EN LA MINERALIZACIÓN DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

Gómez, J.L.; López, E.; Austro, M.C.; Castejón, I.; García Ballesta, C.

Universidad de Murcia

Actualmente está aumentando el número de pacientes pediátricos asmáticos tratados con corticoides por vía sistémica, y es bien conocida la interferencia de los corticoides con procesos de mineralización y desmineralización ósea.

Presentamos los casos de 3 pacientes de un total de 14, con edades comprendidas entre 6 y 10 años, que han sido tratados entre los 2-3 años de edad con corticoides por vía sistémica en períodos de tiempo entre 6 y 8 meses, en los que observamos una estructura anómala del esmalte, localizada en primeros molares permanentes, con una dentición temporal normal. Esta estructura anómala no está relacionada con un consumo excesivo de flúor y debido a un factor genético, puesto que no lo presentan las 2^{as} generaciones anteriores (padres, abuelos), ni el resto de los hermanos no tratados con corticoides, ni se aprecia en los dientes que no estaban en período de amelogénesis en la época del tratamiento.

Sugerimos la necesidad de realizar un estudio más riguroso por la posible relación de alteración del esmalte en pacientes pediátricos tratados con corticoides.

TRATAMIENTOS ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE LOS CANINOS MAXILARES INCLUIDOS POR VESTIBULAR MEDIANTE COLGAJO DE REPOSICIÓN APICAL

González Alperi, B.; Ibaseta, G.; Baladrón, J.; Moriyón, J.; Grande, L.; Espinosa, J.

Escuela de Estomatología Universidad de Oviedo

Objetivos: Desarrollo de un protocolo para el tratamiento de los caninos maxilares incluidos mediante un tratamiento combinado ortodóntico-quirúrgico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los resultados obtenidos en el tratamiento ortodóntico-quirúrgico de 26 caninos maxilares, incluidos por vestibular, en 20 pacientes adolescentes durante el periodo 1995-1998, mediante la técnica de colgajo de reposición apical de encía adherida.

Resultados: Todos los caninos, excepto uno anquilosado, se colocaron en su posición funcional en la arcada, mediante tracción ortodóntica durante 3 a 12 meses. El colgajo de reposición apical permite exponer la corona del canino incluido para cementado de un dispositivo de tracción (Caplin hook), y la reposición de una banda de encía adherida alrededor del cuello del diente incluido.

Conclusiones: El tratamiento ortodóntico-quirúrgico de los caninos maxilares incluidos por vestibular debe escogerse teniendo en cuenta la edad del paciente, motivo de la inclusión, altura de la inclusión, angulación del eje del canino con respecto a los dientes adyacentes, grado de desarrollo radicular, forma normal/anormal del canino, existencia de espacio disponible en la arcada y aceptación por parte del paciente de un tratamiento multidisciplinario ortodóntico-quirúrgico.

RELACIÓN ENTRE CEFALOMETRÍA Y SOMATOMETRÍA EN EL SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA (SCA)

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.; Fernández Delgado, F.J.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Objetivos: La expresión somática más relevante del SCA es el retraso de crecimiento. En la presente aportación pretendemos estudiar la relación existente entre cefalometría y somatometría en el SCA.

Material y métodos: Para ello se realiza a treinta niños con SCA una somatometría (peso, talla y perímetro cefálico) y una cefalometría (determinándose parámetros de Ricketts, Steiners, Mcnamara y Wylie). Aplicándose al análisis de los datos un Análisis de Componentes Principales.

Resultados: Las Componentes Principales obtenidas son ortogonales entre sí (independientes).

Conclusiones: Por ello se comprueba la falta de rela-

ción existente entre la somatometría y la cefalometría en el niño con SCA.

RAZONES PARA LAS EXTRACCIONES DENTARIAS EN UNA POBLACIÓN RURAL DE GRANADA

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.

Facultad de Odontología . Universidad de Granada

Objetivo: El propósito de este estudio fué evaluar las principales causas de pérdidas dentarias por extracciones realizadas en una población rural de Granada

Material y métodos: Durante un periodo de 4 meses se ha evaluado el número y las razones de las extracciones realizadas a un grupo de población rural con edades comprendidas entre 5 y 14 años.

La clasificación de la razón fué: Caries-diente restaurable, enfermedad periodontal, gran destrucción-diente no restaurable, retención pieza temporal, exodoncia voluntaria, exodoncia por ortodoncia.

Resultados: Se practicaron un total de 142 extracciones. La mayoría de la extracciones se realizaron por retención de una pieza temporal (83,8%), en segundo lugar la razón fue caries en piezas no restaurables (11,26%) siendo el porcentaje inferior a uno en las otras causas.

Conclusiones: Se ha observado la gran preocupación de los padres durante el periodo de recambio dentario por el correcto alineamiento de los dientes durante la erupción, asimismo hemos constatado que la caries es la mayor causa de pérdida dentaria en este grupo de población.

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Magán, R.; Castejón, I.; Gómez, J.L.; Austro, M.D.; García Ballesta, C.

Universidad de Murcia

La recesión gingival es una alteración de los tejidos mucogingivales de origen multifactorial.

Presentamos el caso de un paciente de 14 años de edad al que tras un estudio clínico y radiológico periodontal se le diagnostica gingivitis marginal y recesión gingival. Se expone la evolución del paciente tras instrucciones de higiene oral, profilaxis, y tratamiento quirúrgico.

APORTACIONES ACTUALES A LOS SISTEMAS DE REMOCIÓN DE LA CARIES DENTAL. ESTUDIO PILOTO

Maroto, M.; Planells, P.; Saavedra, G.; Miegimolle, M.; Moal, N.

Master de Odontopediatría. Facultad de Odontología. UCM. Directora: E. Barbería

Objetivo: Evaluar las ventajas e inconvenientes de las actuales propuestas de sistemas de remoción de la caries dental.

Material y método: Sobre dientes temporales y permanentes jóvenes han sido realizados procedimientos completos restauradores siguiendo la metodología recomendada por la industria en el empleo de los nuevos sistemas de remoción de los tejidos dentales afectados por la caries.

Resultados: Hemos obtenido similares valores a los encontrados en artículos preliminares utilizando estos productos.

Conclusiones: Pese a las ventajas referentes a la no necesidad de anestesia operatoria en la remoción de los tejidos careados hemos encontrado un alargamiento en los tiempos operatorios finales lo cual dista de ser una ventaja en su empleo a nivel odontopediátrico.

GERMECTOMÍA 3^{ER} MOLAR INFERIOR. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Martín Gilarranz, P.L.; Rodríguez Prego, J.M.; Fernández Varela, J.M.

Facultad Medicina y Odontología, Santiago. Complejo Hospitalario de Pontevedra

Se exponen las diferentes técnicas de abordaje de germectomías del 3^{er} molar inferior en función de: la ubicación del germen 3^{er} molar inferior con referencia al 2^o molar; rama ascendente mandibular y al estado de desarrollo del propio germen.

Se presenta una variante de la técnica distal alta, que por resultar más útil en la intervención, propicia un mejor acceso a la cripta del germen del 3^{er} molar inferior.

TRATAMIENTO INTERCEPTIVO DE LA MORDIDA CRUZADA EN DENTICIÓN MIXTA

Martínez León, M.*; Muñoz Morente, R.**

**Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina de Málaga. **Ortodoncista exclusivo. Málaga*

Objetivo: Clasificar las mordidas cruzadas que se presentan en la clínica dental infantil y establecer orientaciones terapéuticas para cada una de ellas.

Material: Clasificamos las diferentes mordidas cruzadas en función de su componente dental y/o esquelético y su manifestación como mordida anterior o posterior. Se presentan casos clínicos de las diferentes tipos de mordida con sus tratamientos de elección según el problema de base.

Resultados: Las mordidas cruzadas anteriores de origen dental pueden tratarse con aparatología fija o removible; las de origen esquelético deben ser tratadas con la combinación de disyunción maxilar y máscara facial. Las mordidas cruzadas posteriores unilaterales con laterodesviación mandibular y bilaterales son tratadas con disyunción maxilar.

Conclusión: El tratamiento de las mordidas cruzadas debe empezar en cuanto sean detectadas en dentición mixta y en un periodo de 6 meses a 1 año según la gravedad de la maloclusión y colaboración del paciente.

PATRÓN OCLUSAL EN DENTICIÓN TEMPORAL. ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE 200 NIÑOS
Nosàs, M.; Cahuana, A.; Sarget, N.; Moncunill, J.
Centro de Odontología Sanident. Sabadell (Barcelona)

Introducción: El patrón oclusal en dentición temporal es un tema estudiado por diferentes autores con gran variabilidad de resultados⁽¹⁻⁴⁾.

Objetivo: Describir el patrón oclusal de una muestra en edad preescolar.

Material y métodos: Se estudiaron 200 niños de 4 años de edad procedentes de una consulta de Medicina Pediátrica. Se valoró la relación oclusal en sentido sagital, transversal y vertical.

Resultados:

- Clase I canina: 72%; Clase II canina: 26%; Clase III canina: 2%.

- Mordida cruzada posterior: 22%. Desviación línea media: 20%

- Mordida abierta anterior: 16%

Se encontró abrasión fisiológica de caninos en el 17% de los casos.

Conclusión: El patrón oclusal del preescolar es similar a las últimas descripciones nacionales.

Llama la atención la alta prevalencia de la mordida cruzada posterior.

Bibliografía:

1. Infante PF: Malocclusion in the deciduous dentition in White, Black, and Apache Indian children. *Angle Orthod.* 1975;45:213-218.
2. Pascal Tschill, William Bacon, Abdul Sonko. Malocclusion in the deciduous dentition of caucasian children. *European Journal of Orthodontics* 1997;19: 361-367.
3. González-Cuesta Fj; Tejero A; Wang E.; Estudio epidemiológico de las maloclusiones en dentición temporal en una muestra de 434 preescolares. *Odon-tología Pediátrica* 1995;4:15-22.
4. Facal García M.; De Nova García J.; Suárez Quintanilla D.; Fernández Quiroga N.; Sieira Fernández MC. Estudio de la oclusión en dentición temporal de una población gallega. *Ortodoncia Española* 1998; 38:25-33.

NUEVOS SISTEMAS DE HIGIENE ORAL DURANTE LAS ETAPAS ERUPTIVAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

Saavedra, G.; Planells, P.; Echániz, R.; Echeverría, P.

Facultad de Odontología. UCM.

Objetivos: Estudiar las presentaciones actuales en los sistemas de cepillado y remoción de la placa en el paciente odontopediátrico menor de tres años.

Material y método: Sobre cuatro sistemas diferentes de reciente aparición son analizadas las ventajas e inconvenientes que cada uno presenta y la efectividad de su función.

Resultados: Han resultado ser eficaces en la remoción de la placa y restos de alimentos del reborde alveolar y superficies dentarias erupcionadas. Algunas propuestas analizadas han resultado igualmente útiles en su utilización como "mordedor".

Conclusiones: Parece interesante el interés despertado por la industria en la propuesta de sistemas de higiene oral en el paciente más pequeño. La motivación de la madre en su empleo y la continuidad en el mantenimiento de la salud oral en su hijo son sin duda el pilar clave para la obtención de buenos resultados.

EL APORTE DE FLÚOR EN EDAD PEDIÁTRICA A PARTIR DE LAS AGUAS ENVASADAS ESPAÑOLAS

Romero, M.*; Aguilera, L.**; Perez, L.*; Maraver, F.**

*Área de Odontología Integrada Infantil. Facultad Odontología. Universidad de Murcia.

**Departamento de Hidrología Médica. Facultad Medicina. Universidad Complutense Madrid.

Introducción: Las aguas Minerales Naturales Envasadas (MNE) Españolas, por su constancia de composición, pueden constituir un aporte idóneo como fuente de fluoruros en edad pediátrica, para reducir la prevalencia de la caries dental, siguiendo los criterios de la OMS que considera, para este fin, que la concentración óptima de fluoruros aportada en el agua de bebida oscila entre 0,7-1,2 mg/L.

Objetivos: 1º Conocer las aguas MNE cuyo contenido en fluoruros sea superior a 0,7 ppm y por tanto susceptibles de ser utilizadas como aporte de fluoruros al organismo. 2º Determinar la dosificación, según el contenido.

Material y método: Material: los análisis físico-químicos de las aguas MNE comercializadas en nuestro país. Método: según su contenido en fluoruros, las hemos agrupado en tres categorías: 1ª) 0,7-1,2 ppm; 2ª) 1,3-2 ppm; 3ª) + 2 ppm.

Resultados: Las aguas MNE con contenido en fluoruros entre 0,7-1,2 ppm son: Cabreiroá sin gas (Orense); Font del Pi (Lérida); Fuensanta sin gas (Oviedo) y Peñalara (La Rioja). Las aguas MNE con contenido en fluoruros entre 1,3-2 ppm son: Aguas de Sousas sin gas (Orense) y Fontenova sin gas (Orense). Las aguas MNE con contenido en fluoruros mayor de 2 ppm son: Aguas de Sousas con gas (Orense); Cabreiroá con gas (Orense); El Pinalito (Tenerife); Fontecelta (Lugo); Fontenova con gas (Orense); Imperial (Gerona); Malavella (Gerona); San Narciso (Gerona); Vichy Catalán (Gerona) y Vilajuiga (Gerona). En este último grupo, por su alto contenido en fluoruros, las autoridades sanitarias obligan a indicar en su etiqueta que no deben ponerse al alcance de los niños; no obstante, no hemos hallado en la literatura científica ningún caso de fluorosis por ingesta de este tipo.

Conclusión:

1.- Las aguas MNE con un contenido en fluoruros entre 0,7-1,2 ppm se recomiendan como agua de bebida habitual para prevenir la caries dental.

2.- Las aguas MNE con un contenido entre 1,2-2 ppm podrían conseguir el mismo fin sin superar la cantidad administrada de 750 cc/día.

3.- Las aguas MNE con un contenido superior a 2 ppm han de ser dosificadas diariamente y seguir las recomendaciones de las etiquetas de las aguas.

DISPLASIA DENTINARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.; López Trujillo, J.M.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Objetivos: La displasia dentinaria es un defecto hereditario muy poco frecuente. Shields et al distinguieron dos variantes, I y II. Por ello exponemos el siguiente caso clínico.

Material: El caso clínico que aportamos es una niña de diez años de edad que acudió al odontólogo porque presentaba movilidad de los cuatro incisivos permanentes inferiores. Resultados: En la radiografía panorámica se apreciaron varias formas de displasia dentinaria tipo I, la más severa se observó en el incisivo permanente inferior izquierdo. Comparamos este caso clínico con el aportado por Miers y Herbert.

Conclusiones: En ambos casos los dientes que más alteración presentan son los incisivos permanentes centrales inferiores.

SÍNDROME DE SOTOS. CARACTERÍSTICAS DENTOFACIALES Y HALLAZGOS CEFALOMÉTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.; Caro Cruz, E.

Facultad de Odontología de Granada. Unidad de Endocrinología Pediátrica, Jaén.

Introducción y objetivo: El síndrome de Sotos (Sotos et al 1964), se describe como una forma rara de gigantismo prenatal, con una talla y peso superior al P-97, y un crecimiento acelerado durante los dos primeros años de vida, macrocráneo, retraso mental variable, retraso motor y una facies singular. El objetivo de este trabajo es determinar las características a nivel bucodental y cefalométricas en un niño afecto de síndrome de Sotos

Caso clínico: Presentamos un chico de 16 años, diagnosticado de síndrome de Sotos, talla 203,7 cm (p>99), peso: 98 kg, velocidad de crecimiento de 8,87 cm/año, estadio puberal V de Turner, y edad ósea de 17,5 años. Se le realizó una RMN observándose ventriculomegalia y ensanchamiento de surcos y cisuras cerebrales, con hipófisis de forma y tamaño normales.

Se le ha realizado una teleradiografía lateral de cráneo, una ortopantomografía y unos modelos dentales en escayola.

El estudio cefalométrico sobre la teleradiografía muestra un patrón facial dolicocefalo con un eje facial disminuido, gran aumento de la altura facial total, hipoplasia maxilar, la mandíbula presenta un crecimiento vertical. Se observa una gran inversión del resalte incisivo estando los incisivos inferiores por delante de los superiores 7 mm, con total pérdida de contacto.

El estudio de los modelos muestra una mordida invertida a nivel de los incisivos, alineación anómala en el arco dentario superior para favorecer la oclusión dentaria, y gran inclinación lingual de los molares inferiores.

La ortopantomografía no muestra hallazgos significativos.

Otros rasgos faciales observados son las hendiduras parpebrales antimongoloides, orejas grandes, frente prominente y asimetría facial.

Resultados: La corrección de estas anomalías faciales precisan de tratamiento combinado quirúrgico-ortodóncico.

Conclusiones: El S. de Sotos a tenor de los hallazgos clínicos y cefalométricos a nivel bucofacial exige un tratamiento precoz e interceptivo de las desviaciones bucofaciales, mediante ortopedia bucofacial a edades tempranas, es por ello que el pediatra puede realizar una gran labor asesorando a los padres, y derivando si es necesario al paciente para su evaluación por el dentista. Asimismo queremos concluir que resul-

ta imprescindible la formación básica como continuada del pediatra en el área odontopediátrica..

ESTUDIO DE LA VARIACIÓN DE LA PREVALENCIA DE CARIES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR DE 6 AÑOS EN ÁREA RURAL DE LA PROVINCIA DE VALENCIA

Zaragoza, A.; Catalá, M.; Ferrer, I.; Estrela, F.

Facultad de Medicina y Odontología. Clínica Odontológica. Odontopediatría. Valencia.

Introducción: Dado que los últimos estudios epidemiológicos de salud siguen refiriéndose a la caries dental como uno de los problemas de salud de mayor relevancia en la población infantil se ha propuesto estudiar, en una cohorte de 6 años, la prevalencia de este fenómeno en 8 cursos escolares distintos desde el curso 91-92 al 98-99, en una población escolar de una zona rural de la Comunidad Valenciana.

Material y método: El total de la muestra ascendió a 2684 alumnos, a quienes se les realizó un examen oral con sonda, espejo del número 5 y utilizando luz natural. Todas las exploraciones se realizaron en el medio escolar y por un mismo operador.

Resultados: Los resultados obtenidos sugieren un descenso paulatino de esta prevalencia, siendo más marcado a partir del curso escolar 95-96. En el curso 98-99 existe un pequeño aumento de la prevalencia de caries, cuestión que habrá que seguir estudiando para poder interpretar correctamente.

¿Desea recibir ODONTOLOGÍA PEDIATRICA en su casa?

Rellene por favor los datos:

Nombre..... D.N.I. o C.I.F.....
 Apellidos.....
 Dirección.....
 Población..... C.P..... Provincia.....

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/Caja de Ahorros	Entidad:	Nº Suc.	D.C.
Calle	Población		
D.P.	Provincia	Cuenta Cte. o Ahorro Nº	
Nombre del titular de la cuenta			

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

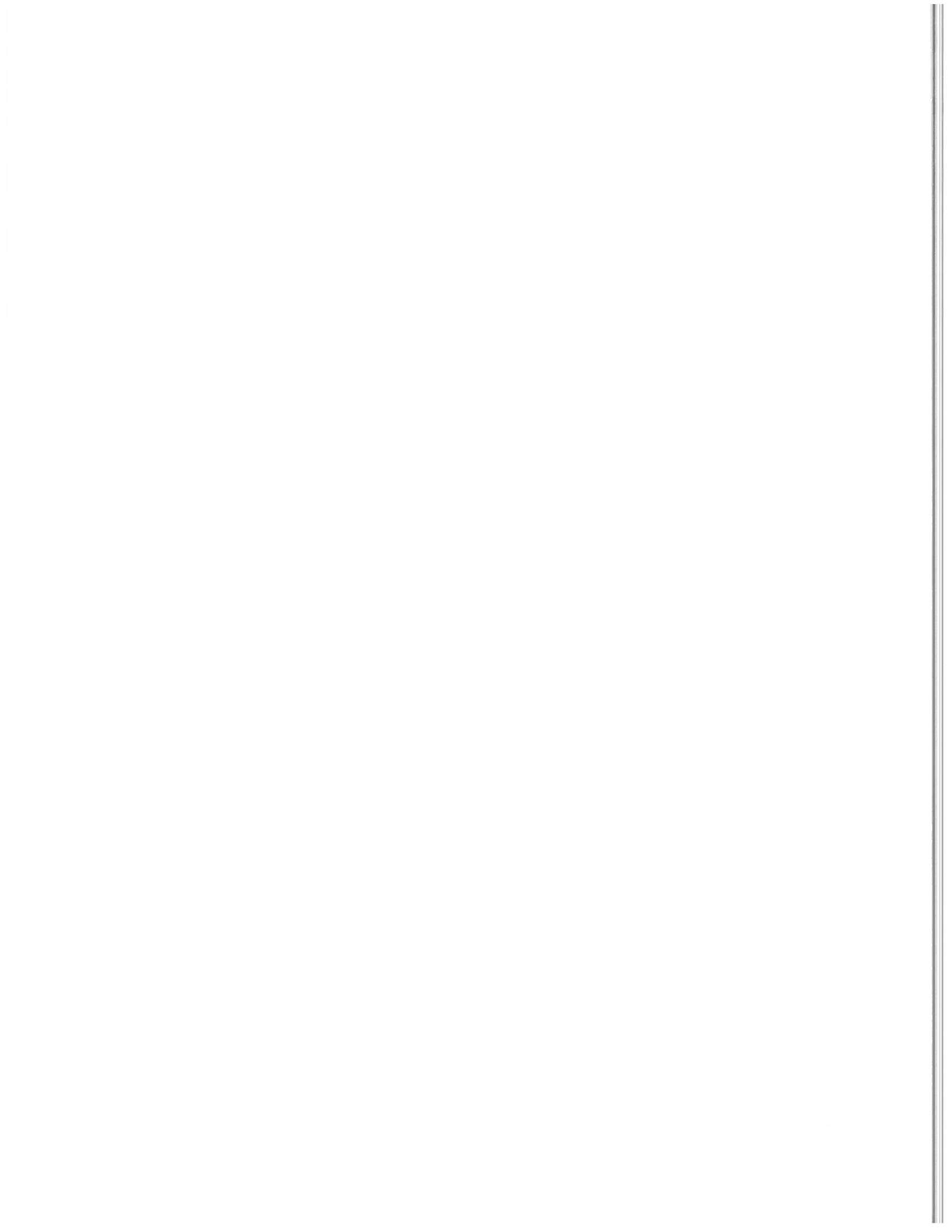
Firma del titular

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 y Apellidos.....
 Tel.
 Dirección.....
 Población..... C.P..... Provincia.....



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

1. INTRODUCCIÓN

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA, la revista de la Sociedad Española de Odontopediatría, tiene como objetivo colaborar en la difusión de trabajos de investigación.

Serán considerados para su publicación los siguientes tipos de trabajos:

- 1.1. *Artículos Originales*: trabajos de investigación clínica o experimental.
- 1.2. *Artículos Seleccionados*: procedentes de otras revistas de ámbito internacional que por su interés merezcan ser traducidos y publicados íntegramente. Siempre y cuando lo autorice el editor correspondiente.
- 1.3. *Revisiones de la Literatura*: síntesis y puestas al día de conocimientos actuales sobre determinados aspectos clínicos o experimentales de la odontología pediátrica. Deben incluir un apartado de conclusiones al final.
- 1.4. *Casos Clínicos*: descripción de uno o más casos que supongan un aporte fundamental a la práctica clínica. Redactados de forma breve sin dejar de respetar los apartados habituales en la estructura de los trabajos de investigación (véase apartado nº 2).

Todos los trabajos deben ser originales e inéditos, no remitidos a otra publicación ni en vías de publicación simultánea en otro lugar. Se exceptúan a esta condición los trabajos publicados en el apartado de artículos seleccionados.

El autor es el único responsable de las afirmaciones sostenidas en su artículo. El Consejo Editorial de Odontología Pediátrica revisará los originales y se reserva el derecho de rechazar los que no juzgue apropiados.

Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de la S.E.O.P. y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

Para su publicación se remitirán los artículos, enviando duplicado tanto del texto como de figuras y tablas si las hubiere.

El autor debe conservar una copia del original para evitar pérdidas irreparables o daños del material.

Los manuscritos deben presentarse mecanografiados a doble espacio en papel blanco de tamaño folio o Din A-4 escritos por una sola cara con margen lateral de al menos 2,5 cms. Todas las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. Deberá adjuntarse el trabajo en soporte informático (diskette de PC o Macintosh), indicando el programa que se ha utilizado.

2. ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

El manuscrito debe incluir los siguientes apartados dispuestos según el orden que se indica:

- 2.1. *Título*: incluirá el título del artículo, nombre del autor/es en el orden que se deseen ver publicados, lugar de origen de cada uno, cargo e institución a la que pertenecen. Consignando la dirección postal completa del responsable de la correspondencia.
- 2.2. *Resumen*: el resumen tendrá un máximo de 100 palabras y en él se relatarán de manera breve los objetivos, materiales, diseño, método y las principales observaciones y conclusiones. En español e inglés.
- 2.3. *Palabras clave*: lista de palabras clave en español e inglés que reflejan la naturaleza del trabajo.

2.4. *Texto*: las selecciones que subdividen el texto deben incluir los apartados utilizados normalmente en artículos científicos:

2.4.1. *Introducción*: será lo más breve posible y señalará claramente el propósito del artículo. Incluyendo las mínimas referencias necesarias que relacionen la investigación con conceptos o estudios anteriores, sin realizar una revisión bibliográfica detallada.

2.4.2. *Material y método*: debe describirse claramente la selección de los sujetos experimentales, las técnicas y aparatos utilizados, así como el nombre genérico de los fármacos de forma que permita a otros investigadores reproducir los resultados. Si los métodos no son originales es preferible citar únicamente las referencias en que se basaron.

2.4.3. *Resultados*: deben utilizarse las tablas, gráficos y figuras para clarificar los hallazgos. Se presentarán en una secuencia lógica que apoye o refute la hipótesis o responda a la pregunta planteada en la introducción.

2.4.4. *Discusión*: se deben discutir y comentar los datos citados en la sección de resultados. La discusión implica la comparación con otros estudios publicados previamente, señalando las limitaciones que pueda haber sobre el tema discutido. Pueden incluirse recomendaciones prácticas y nuevas hipótesis cuando lógicamente puedan apoyarse en los datos ofrecidos.

2.4.5. *Conclusiones*: Se deberán señalar las conclusiones generales y específicas relativas al trabajo realizado. No deberán incluirse como conclusiones aquellas que no puedan deducirse claramente del trabajo.

2.4.6. *Agradecimientos*: se puede agradecer a las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

2.4.7. *Bibliografía*: Las referencias deben ser numeradas consecutivamente en el orden en que se citan por primera vez en el texto. Las referencias se identifican en el texto, tablas y pies de figura utilizando números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas sólo en tablas o en pies de figura deben ser numeradas de acuerdo con la secuencia establecida al identificarse por primera vez la tabla o figura correspondiente en el texto. Se utiliza el estilo usado en los ejemplos dados a continuación, que se basan en los formatos utilizados por la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) de los EE.UU. en el *Index Medicus*. Los títulos de las revistas deben ser abreviados conforme al estilo utilizado en el *Index Medicus*. Consulte la *List of Journals Indexed in Index Medicus*, publicada anualmente como una publicación independiente de la biblioteca y como una lista recogida en el número de enero de *Index Medicus*. La lista también puede obtenerse en la página web de la biblioteca: <http://www.nlm.nih.gov>.

Los resúmenes no deben utilizarse como referencias. Las referencias a trabajos aceptados, pero todavía inéditos deben ser señaladas como «en prensa» o «en preparación»; los autores deben obtener autorización por escrito para citar estos trabajos y verificar que han sido aceptados para publicación. La información procedente de manuscritos presentados, pero no aceptados debe ser citada en el texto como «observaciones sin publicar» con la autorización por escrito del origen.

Se debe evitar citar la “comunicación personal” salvo que ésta proporcione una información esencial no disponible en ningún recurso público,

en cuyo caso se cita el nombre de la persona y la fecha de la comunicación entre paréntesis en el texto. Para los artículos científicos, los autores deben obtener la autorización por escrito y la confirmación de la certidumbre de la fuente de una comunicación personal.

Las referencias deben ser comprobadas por el autor o autores contrastándolas con los documentos originales.

El estilo de los «Requisitos de uniformidad» (el estilo Vancouver) se basa en su mayor parte en un estilo normativo ANSI adaptado por la NLM para sus bases de datos. Se señalan aquellos puntos donde el estilo Vancouver ahora difiere del estilo utilizado por la NLM.

Artículos de revista

1. Artículo de revista característico. Se citan los seis primeros autores seguido por et al. (Nota: la NLM ahora cita hasta 25 autores; si hay más de 25 autores, la NLM indica los primeros 24 seguidos por el último autor y, a continuación, et al.)

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1 de junio 1996;124(11):980-3.

Como una opción, si una revista utiliza la paginación continua en un volumen entero (muchas revistas médicas lo hacen), se puede omitir el mes y el número del número. (Nota: para asegurar la uniformidad, esta opción se utiliza en todos los ejemplos de «Requisitos de uniformidad». La NLM no utiliza esta opción.)

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Cuando hay más de seis autores: Paricin DM, Clayton D, Black RI, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73:1006-12.

2. Una organización como autor. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

3. Ningún autor dado. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

4. Artículo publicado en otro idioma. (Nota: la NLM traduce el título, incluye la traducción en corchetes y añade una abreviatura que indica el idioma.)

Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. *Tidsskr No Laegeforen* 1996;116:41-2.

5. Volumen con suplemento. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl I:275-82.

6. Número con suplemento. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(I Suppl 2):89-97.

7. Volumen con parte. Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and unne sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6.

8. Número con parte. Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J* 1994; 107(986 Pt I):377-8.

9. Número sin volumen. Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995; (320):110-4.

10. Sin número ni volumen. Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

11. Paginación en números romanos. Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* abril 1995;9(2):xi-xii.

12. Tipo de artículo indicado cuando es necesario. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

13. Artículo con una retractación. Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet* 1994;6:426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.

14. Artículo retractado. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractado en *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35: 1083-8.

15. Artículo con fe de errata publicada. Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de errata publicada aparece en *West J Med* 1995;162:278]. *West J Med* 1995:162:28-31.

Libros y otras monografías

(Nota: El estilo Vancouver previo ponía una coma en lugar de un punto y coma entre la editorial y la fecha.)

16. Autor o autores particulares. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2.ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

17. Uno o más editores o compiladores como autores. Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

18. Organización como autor y editorial. Institute of Medicine (EE.UU.). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.

19. Capítulo de un libro. (Nota: El estilo Vancouver previo ponía dos puntos en lugar de p. antes de los números de página.)

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

20. Actas de conferencia. Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 15-19 de octubre 1995; Kyoto, Japón. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. Ponencia de conferencia. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 6-10 de septiembre 1992; Ginebra, Suiza. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

22. Informe científico o técnico

- Emitido por la agencia que lo ha financiado/patrocinado: Smith P, Gollady K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services

(US), Office of Evaluation and Inspections; octubre de 1994 Report No.: HHSIGOE169200860.

- Emitido por la agencia que lo ha realizado: Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editores. Health services research: work force and education issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR28942008. Patrocinado por la Agency for Health Care Policy and Research.

23. *Tesis doctoral*. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington Univ; 1995.

24. *Patente*. Larsen CE, Trip R Johnson CR, inventores; Novoste Corporation, asignado. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 25 de junio 1995.

Otro material publicado

25. *Artículo de periódico*. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 21 de junio 1996;Sect. A:3 (col. 5).

26. *Material audiovisual*. HIV+/AIDS: the facts and the future [cinta de vídeo]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27. Material legal

- Derecho público: Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (14 de diciembre 1993).

- Proyecto de ley sin promulgar: Medical Records Confidentiality Act of 1995 S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

- Código de Regulaciones Federales (EE.UU.): Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

- Audiencia: Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's Emergency Rooms: Hearings before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (25 mayo 1993).

28. *Mapa*. North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [mapa demográfico]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. of Epidemiology; 1991.

29. *Libro de la Biblia*. The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

30. *Diccionarios y obras de consulta similares*. Stedman's medical dictionary. 26.ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

31. *Material de los clásicos*. The Winter's Tale: acto 5, escena 1, líneas 13-16. The complete works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

Material inédito

32. *En prensa*. (Nota: La NLM prefiere «en preparación» porque no todos los trabajos serán publicados.)

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material electrónico

33. *Artículo de revista en formato electrónico*. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [periódico en línea] enero-marzo 1995 [citado de 5 de junio 1996];1(1):[24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

34. *Monografía en formato electrónico*. CDI, clinical dermatology illustrated [monografía en CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CNEA Multimedia Group, productores, 2.ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35. *Archivo de computadora*. Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de ordenador]. Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

3. GRÁFICOS Y FOTOGRAFÍAS

Las fotografías se aceptarán en blanco y negro, en papel satinado y preferentemente en tamaño 9 x 12 cm. Irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras. Deben tener un máximo contraste para lograr una buena reproducción. Al dorso de cada fotografía se anotará el número de figura, apellidos del autor y título abreviado del trabajo. No se aceptarán xerocopias ni negativos de radiografías.

Los gráficos y fotografías se remitirán en sobre aparte acompañadas de las hojas con el texto que deberá figurar al pie de cada una de ellas.

4. ORIGINALES Y ENVÍO DE LOS MISMOS

El comité de redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará a los autores acerca de la aceptación de los originales o de las modificaciones que considere necesario deban introducirse para poder ser publicados. El autor firmante en primer lugar recibirá 15 separatas de su trabajo libres de todo gasto. Un número superior requiere ser previamente contratado.

El envío del texto y correspondencia referente a publicaciones deberán dirigirse a:

ODONTOLOGIA PEDIATRICA (O.P.)

Dra. Paloma Planells del Pozo

C/ Duque de Sesto, nº 38 - Esc. Dcha. 6º B

28009 MADRID

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A INTERNET
(SÓLO PARA ODONTÓLOGOS COLEGIADOS RESIDENTES EN ESPAÑA)

Para disponer de esta conexión a Internet totalmente gratuita, rellene correctamente todos los datos de este boletín y envíenoslo. Le haremos entrega personalmente del Kit de conexión con un manual de utilización y con la documentación de su acceso.

Le agradecemos la confianza depositada en Infomed-Dental y SmithKline Beecham.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A INTERNET

Nombre..... 1^{er} Apellido.....
2^o Apellido..... Especialidad.....
Colegiado N^o Colegio de.....
Miembro de la/s Sociedad/es.....

Dirección Profesional C/.....
Población (Provincia)..... Código Postal.....
Telf..... Fax.....

Dirección Particular C/.....
Población (Provincia)..... Código Postal.....
Telf.....

Tipos de Ordenador Válidos: 486 a 66v - PENTIUM - MACINTOSH (S.O. 7.0 o superior)

- ¿Está usted conectado actualmente a Internet?
 SÍ NO ¿Con qué servidor?
- ¿Tiene acceso a ordenador con CD-ROM?
 En la consulta En el domicilio particular No tengo
- ¿Usa algún programa informático para la gestión de su consulta?
 SÍ NO ¿Cuáles?
- ¿Usa algún sistema de captación de imágenes?
 SÍ NO ¿Cuáles?
- ¿Usa algún programa informático para el análisis cefalométrico?
 SÍ NO ¿Cuáles?

Desea recibir información sobre:

- Programa informático de gestión
- Sistema de captación de Rayos X e imágenes
- Programa de análisis cefalométrico

Enviar a: INFOMED. Departamento de Internet. C/ Tuset, 25-32, 2^o, 2^a. 08006 BARCELONA



NUEVO



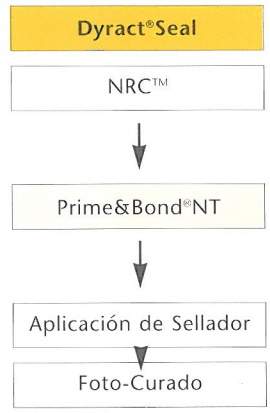
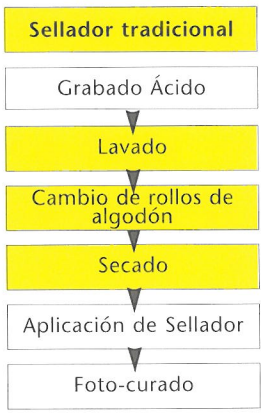
Dyract[®] Seal

Sellado Total (Total-Seal™).

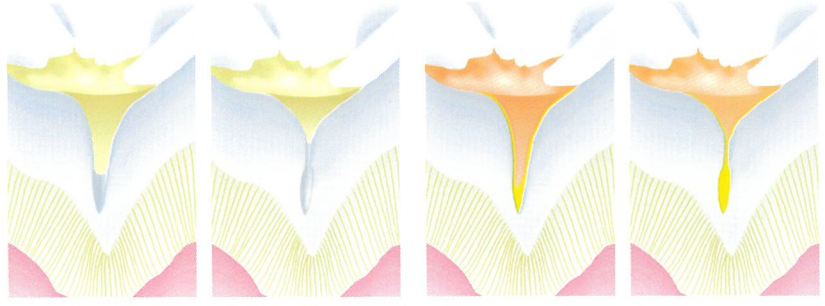
Nueva Técnica que garantiza una protección completa

Dyract[®] Seal

Oportunidad de tratamiento sin-lavado



Penetración profunda y relleno total

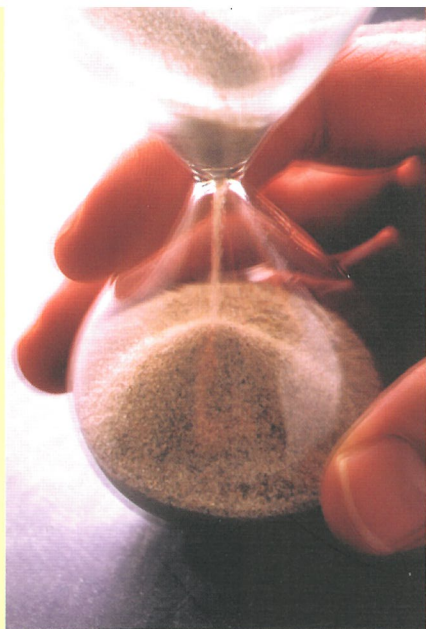


Sellado de fosas y fisuras convencional

Técnica de Sellado Total Total-Seal™



DENTSPLY
DETRAY

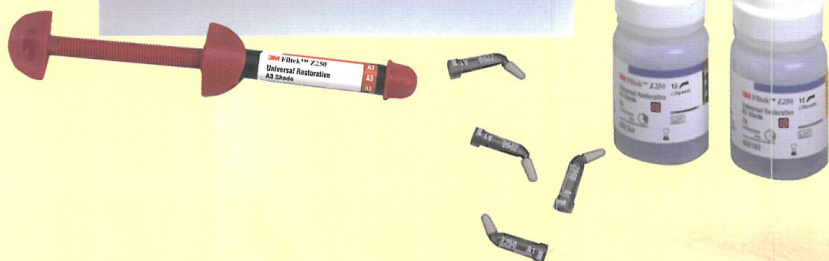
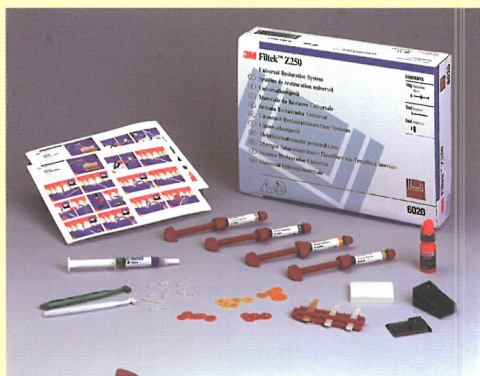


A veces 40 segundos de
Polimerización parecen
una eternidad

3M Filtek

3M Filtek Z250
Restaurador Universal

3M Filtek P60
Restaurador de Posteriores



- ◆ Nuevos Composites que polimerizan en **20 segundos**.
- ◆ Con unas características de **manejo excelentes** para colocar y moldear de forma sencilla.
- ◆ Ofrecen una resistencia general y al desgaste excelentes con **menor contracción** de polimerización.

3M *Fiabilidad*