

Odontología Pediátrica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA



NUEVO

Ruego me envíen más información sobre Vivaglass Liner a la siguiente dirección:

Nombre: _____

Calle: _____

C.P./Ciudad: _____

Teléfono: _____

Enviar este cupón a:
Ivoclar Comercial S.A.
c/Valderribas 82
E-28007 Madrid



La confianza en una base sólida

Vivaglass Liner

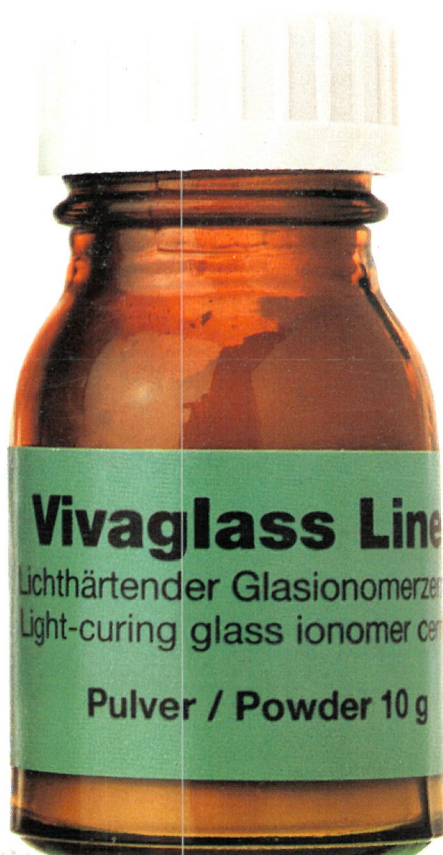
Una base sólida. El fundamento de cualquier restauración.

Vivaglass Liner, el ionómero de vidrio fotalimerizable para obturaciones de base. La base fiable bajo restauraciones de oro, composite, cerámica y amalgama.

Propiedades que convencen:

- **Mínima solubilidad en agua**
- **Gran resistencia a los ácidos**
- **Buena adhesión a dentina**
- **Gran resistencia a la compresión**

Si no está aún convencido, solicite información detallada rellenando el cupón adjunto.



Ivoclar Comercial S.A.
c/Valderribas 82
E-28007 Madrid / Spain
Tel. 91 / 552 41 75

VIVADENT



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Fundada en 1992 por Julián Aguirrezábal

VOLÚMEN 3, NÚMERO 1, ENERO - ABRIL 1994

Editora: Dra. Montse Catalá Pizarro
Editor Adjunto: Dr. Julián Aguirrezábal

Directores de Sección:

Artículos Seleccionados:

Dr. Carlos García Ballesta

Reseñas Bibliográficas:

Dr. Juan Ramón Boj Quesada

Comité Editorial:

Dr. Carlos Alvarez Brasa	<i>Pontevedra</i>
Dra. Elena Barbería Leache	<i>Madrid</i>
Dra. Cinta Manrique Mora	<i>Granada</i>
Dra. Asunción Mendoza Mendoza	<i>Sevilla</i>
Dr. Miguel Angel Urizar Arechaga	<i>Vizcaya</i>

Comisión Científica:

Dr. Luis J. Bellet Dalmau

Dr. Francisco Javier Fombella Balán

Dr. Martín Romero Maroto

Junta Directiva de la S.E.O.P.

Presidente: Dra. Luz Aguiló Muñoz

Vicepresidente: Dr. Celestino Fuertes Menéndez

Secretario: Dr. Antonio Brusola Cardo

Tesorero: Dra. Filomena Estrela Sanchís

Vocales: Dra. Pura Roldán González

Dr. José M^a Imaz Loroño

Dr. Joaquín de Nova García

Comisión Científica: Dr. Luis J. Bellet Dalmau

Dr. Francisco Javier Fombella Balán

Dr. Martín Romero Maroto

Administración y Dirección: Dra. Montserrat Catalá Pizarro
Gran Vía Marqués del Túria, nº 70 - 4^a
Telf. (96) 395 54 31
46005 - VALENCIA

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.

Revista Odontológica 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.

Imprime: A.S.P., s.l. - Telf. (96) 362 34 13 • I.S.S.N.: 1133 - 5181 • Depósito Legal: V - 1.389 - 1994

Sumario

EDITORIAL	3
ARTÍCULOS ORIGINALES	
"Uso correcto del flúor en Odontopediatría". <i>Colvée, S.; Estrela, F.; Almerich, J.M.</i>	5
"Patología oral en niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". <i>Diz Dios, P.; Vázquez García, E.; Fernández Feijoo, J.; Castro Ferreiro, M.; Alvarez Alvarez, J.</i>	12
"La boca del niño en la obra del Dr. Antonio Arteta". <i>Romero Maroto, M.; López Nicolás, M.; García Ballesta, C.</i>	19
"El uso de psicofármacos para el control conductual en la clínica odontopediátrica". <i>Valdemoro García, C.; Rojo Moreno, J.; Catalá Pizarro, M.; Zaragoza Fernández, A.</i>	25
"Afecciones quirúrgicas en la Odontopediatría del siglo XVI". ?.	29
IN MEMORIAM PEDRO PLANAS	33
RESÚMENES BIBLIOGRÁFICOS	34
AGENDA	37
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS	41

Editorial

Queridos compañeros, por fin aunque con un importante retraso ponemos en vuestras manos el primer número del volumen 3 de nuestra revista.

Y ahora en un profundo conocimiento de las dificultades que entrañan la impresión y edición de cada número queremos rendir desde aquí un sincero homenaje a su fundador y principal motor Julián Aguirrezábal:

Querido Julián has puesto en nuestras manos un precioso instrumento de difusión que a lo largo del año nos mantiene unidos en la tarea de promocionar y conseguir una mejor salud bucal de nuestros niños. Contamos desde luego contigo en tu tarea de Editor Adjunto para que nuestra revista ocupe el lugar que merece en el panorama de la literatura específica en nuestro país.

Y porque la revista es de todos y para todos hemos incorporado unos colaboradores para que trabajen por ella con asiduidad. Damos pues la bienvenida al Dr. Boj como Director de la Sección Reseñas Bibliográficas y al Dr. García Ballesta como Director de la Sección Artículos Seleccionados.

Nuestras páginas están abiertas a vuestras opiniones, a vuestros casos clínicos, vuestros trabajos de investigación...

Necesitamos vuestra ayuda para que lo que el amigo Julián pone en nuestras manos mantenga o supere el nivel científico que nuestra Sociedad merece.

Confiamos en ello.

Montserrat Catalá

¿Quisiera recibir ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA en su casa?

Rellene por favor los datos:

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

Apellidos

Dirección

Población C.P.

O. P. órgano de difusión de la Sociedad Española de Odontopediatría se compromete a editar tres números anuales de temática relacionada con la odontología infantil. El importe anual de la suscripción es de 5.000 pesetas, que las podrá abonar, bien enviando talón nominativo a nombre de la Sociedad Española de Odontopediatría. Avenida María Cristina, nº 12 - 2ª. 46001 - Valencia, o bien rellenando los datos de domiciliación bancaria y enviándolo a su banco.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros Nº Suc.

Dirección

Población C.P.

Cuenta Corriente Nº

Nombre del Titular

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

Firma del titular

DOCUMENTO PARA EL BANCO

¿Va a cambiar de domicilio?

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

Rellene por favor este boletín y envíenoslo a:

Secretaría Técnica de la S.E.O.P.

Avda. María Cristina, nº 12 - 2ª

46001 - Valencia

Nombre

Dirección Telf.

Ciudad Provincia C.P.

Uso correcto del flúor en Odontopediatría

Colvée, S.; Estrela, F.; Almerich, J. M.

Summary

The effectiveness of fluoride in the prevention and control of dental decay has been demonstrated in a number of scientific studies. The systemic action of the fluoride for the potential hazard of toxicity, therefore a complete understanding of the correct method of prescription as well as how to meet individual need and requirements of same is essential. This study analyses the literature concerning the preventive action of fluoride and about the need to prescribe according in age and caries risk.

Key Words: Fluoride; Preventive Action; Prescription.

Resumen

La efectividad del flúor en la prevención y control de la caries dental, ha sido demostrada en numerosos estudios científicos. El mecanismo de acción sistémico del flúor conlleva un riesgo de toxicidad, por tanto deberemos conocer las formas adecuadas de su uso así como individualizar las necesidades y recomendaciones del mismo. En el presente trabajo, se hace una revisión de la literatura referente a la acción preventiva del flúor y sobre la necesidad de prescripción en función de la edad y riesgo de caries.

Palabras Clave: Flúor; Acción preventiva; Prescripción.

Introducción

El descenso de la prevalencia de caries en los países occidentales desde la década de los años sesenta^(1,2,3,4) junto a la creciente presentación de formas leves de fluorosis^(5,6), ha llevado a la comunidad científica internacional a replantearse las formas de utilización del flúor, tanto en aplicaciones tópicos como sistémicas.

Se ha demostrado que, hasta el momento, el flúor es el agente preventivo más potente, inocuo, fácil de emplear y ventajoso desde el punto de vista coste-efectividad, por lo tanto, debemos de aprovechar al máximo todas sus ventajas y controlar en lo posible los efectos adversos aún en sus formas leves de presentación.

En este trabajo nos proponemos presentar una revisión actualizada sobre el uso correcto del flúor en Odontopediatría basado en su mecanismo de acción y sus diferentes formas de aplicación, así como los posibles efectos nocivos que se pueden producir debido a una sobredosificación y cómo evitarla.

Mecanismo de acción

En el mecanismo de acción del flúor se ha distinguido,

ya de forma clásica, entre los efectos sistémico y tópico que puede obtenerse tras su aplicación.

ACCIÓN SISTÉMICA:

Cuando se ingiere un compuesto fluorado, ya sea a través del agua, alimentos o comprimidos; los iones flúor son rápidamente absorbidos por la circulación sanguínea a partir del estómago e intestino delgado para distribuirse por todo el organismo. A los 30 minutos un 50% del flúor ingerido se encuentra ya en el plasma, llegando hasta niveles de un 90% cuando el tiempo se prolonga a 4 horas. La mayoría de este flúor, un 96%, se deposita a nivel óseo y en los dientes, aunque la cantidad que se incorpora a los dientes no erupcionados es muy pequeña. El 4% de flúor restante se incorpora a otros tejidos calcificables. Finalmente la excreción, se realiza en un 50% por vía renal, en un 30% por el sudor, en las heces un 10 - 15%, y por la saliva sólo se elimina un 1 - 2%⁽⁷⁾.

Durante el período de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita⁽⁸⁾, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria⁽⁹⁾. Una vez se ha completado la mineralización, el

diente permanece sin erupcionar un período de tiempo doble al empleado en el período de mineralización, y durante este período de postmineralización, se limita la penetración del flúor a través del esmalte, depositándose principalmente a nivel de la superficie o inmediatamente por debajo de ella.

Por lo tanto, como resultado de beber agua fluorada o ingerir suplementos fluorados, la concentración de flúor se verá aumentada a lo largo del espesor del esmalte, especialmente en la capa más superficial. La acumulación pre-eruptiva de flúor en la superficie es muy beneficiosa por ser en este punto donde se inicia la caries y donde, presumiblemente, puede prevenirse^(10,11). La concentración teórica de flúor en la fluorapatita pura es de 38.000 ppm, siendo los valores registrados a partir de una profundidad adamantina de dos micras de unas 1.700 ppm en áreas no fluorizadas y de 2.200 - 3.000 ppm en áreas fluorizadas y de 4.800 ppm en un área con una concentración de flúor de 5 - 7 ppm. Por ello, el mecanismo de acción sistémico del flúor explicaría, sólo en parte, la reducción de caries que se observa en las áreas con fluorización de las aguas⁽¹²⁾.

Según lo anterior, podríamos pensar que los únicos dientes que pueden beneficiarse de la acción del flúor sistémico son aquellos que están en período de maduración y calcificación; sin embargo, actualmente, se sabe que la ingesta de flúor produce una disminución de la caries, incluso en aquellos dientes erupcionados algunos años antes de la instauración de esta medida⁽¹³⁾; de este modo, podemos hablar de la coexistencia de un mecanismo de acción tópica del flúor ingerido, además del efecto sistémico que tradicionalmente le era atribuido.

La efectividad clínica de la administración prenatal de flúor ha sido, durante cierto tiempo, algo controvertida, pero hoy podemos concluir que no es una medida eficaz de prevención de la caries dental en los niños⁽¹⁴⁾. Recientemente la Federación Dental Internacional desaconseja su utilización por considerar que no existen suficientes evidencias que apoyen su indicación⁽¹⁵⁾.

ACCIÓN TÓPICA:

En los años cuarenta se pensaba que el principal mecanismo por el cual el flúor disminuía la caries dental era la incorporación sistémica de este ión a los dientes durante el desarrollo y antes de la erupción. Sin embargo, posteriores investigaciones han venido a demostrar que tanto el contacto pre-eruptivo del flúor con los dientes como el contacto post-eruptivo protegen contra la caries⁽¹²⁾.

El mecanismo por el que el flúor aplicado de forma tópica reduce la caries es complejo, pero puede ser esquematizado en los siguientes puntos:

1.- Efecto antibacteriano. A elevadas concentraciones el

flúor es tóxico para ciertas bacterias, pero sólo durante un limitado período de tiempo⁽¹⁶⁾. El efecto antibacteriano del flúor parece influir muy poco en la acción preventiva del flúor sobre la caries. Algunas bacterias son resistentes a la acción del flúor y otras pueden llegar a adaptar su metabolismo a la presencia del flúor con el paso del tiempo.

2.- Inhibe los sistemas enzimáticos bacteriano que en la placa convierten los azúcares en ácidos. Para que esto ocurra, el flúor debe de encontrarse en forma iónica libre, sin embargo, sólo un 1% del flúor contenido en la placa se encuentra disponible como flúor iónico libre.

3.- Inhibe el almacenamiento de los polisacáridos intracelulares, que podrían ser utilizados por las bacterias para formar ácidos entre las comidas.

4.- Favorece la formación de fluorapatita y fluorhidroxiapatita a través de un intermediario, el fluoruro cálcico, que va a ser el encargado de ir liberando de una manera lenta y progresiva el flúor. Estos iones liberados se irán incorporando a la estructura del esmalte, produciendo, de este modo, un esmalte más resistente a la disolución por ácidos⁽¹⁷⁾.

5.- Inhibe la desmineralización y favorece la remineralización: el flúor actúa por dos mecanismos distintos sobre la desmineralización del esmalte. Primero, al reducir la solubilidad del esmalte, se disminuye la formación de lesiones cariosas⁽¹⁶⁾ y; segundo, se observa un cambio histológico de tal manera que en las lesiones subsuperficiales el contenido mineral y el espesor de la lámina superficial aumentan la concentración de flúor en el medio⁽¹⁷⁾.

Si a pesar de todo, se produce una desmineralización del esmalte (debido a una caída del ph) en presencia de flúor, los iones que difunden de la disolución de la hidroxiapatita se combinan con el flúor y forman una capa superficial mineralizada de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, dando lugar a una rápida remineralización. Además de esto, se origina una precipitación de sales de fluoruro cálcico que, cuando el ph retorna a la normalidad, se disuelve liberando flúor y calcio, que formarán más fluorapatita o fluorhidroxiapatita continuando de este modo una remineralización más lenta y duradera⁽¹⁸⁾.

Formas de aplicación

Existen varios métodos que permiten la utilización del flúor en niños y que emplean la vía de administración sistémica o tópica del agente fluorado. El odontólogo debe familiarizarse con las principales características de las diferentes técnicas para conseguir el máximo beneficio de la administración de estos preparados sin la aparición de efectos indeseables.

A.- FLÚOR SISTÉMICO:

• Agua: puede contener el flúor de manera natural o bien, puede que se haya programado la fluorización controlada del agua de una zona determinada atendiendo a su temperatura predominante. El nivel óptimo de flúor en el agua para la salud bucodental se basa en la media anual de las temperaturas máximas, y oscila entre 0'7 y 1'2 ppm de flúor. Ciertas escuelas rurales pueden llevar a cabo programas aislados de fluorización de sus aguas^(19, 20).

La fluorización del agua por sí sola ha demostrado reducir la prevalencia de caries de una comunidad en un 50 - 60%. Los beneficios afectan a la dentición temporal y a la permanente, y tanto a niños como a adolescentes⁽²¹⁾.

• Leche, sal, alimentos: presenta el inconveniente de no tener datos suficientes sobre las variaciones individuales en el consumo de la sal doméstica y la leche, y por lo tanto es más difícil de asegurar una dosis correcta para la mayoría sin incurrir en una sobredosis para unos cuantos⁽²²⁾. No existen datos concretos sobre su efectividad, pero es improbable que los efectos de la sal y la leche fluorada sean los mismos que los obtenidos por la fluorización de las aguas.

• Suplementos farmacológicos: se presentan en forma de comprimidos o tabletas de flúor que masticadas o disueltas en la boca pueden suponer una medida de prevención, combinando algunos beneficios del efecto local o tópico sobre los dientes erupcionados y del efecto sistémico sobre los dientes en formación cuando la comunidad no dispone de agua fluorada⁽²³⁾. También se pueden encontrar en forma de solución o preparados vitamínicos fluorados, que suelen administrarse en edades tempranas cuando no existe control de la deglución o para simplificar la forma de administración.

Los suplementos farmacológicos de flúor, en general, pueden inhibir la caries en un 30 - 45%⁽²¹⁾.

B.- FLÚOR TÓPICO:

El flúor tópico puede ser aplicado por el profesional en el gabinete odontológico, o por parte del propio individuo en su casa, en la escuela, etc. De esta forma podremos distinguir entre:

1) Flúor de aplicación profesional:

• Soluciones fluoradas: las más utilizadas son las de Fluoruro Sódico (FNa) y Fluoruro estannoso (F₂Sn). La aplicación de soluciones presenta la desventaja de que es necesario aislar y mantener libre de saliva la zona tratada durante los cuatro minutos en que se recomienda ir humedeciendo los dientes con la solución. Esto hace que se deba tratar la boca por cuadrantes o por arcadas, lo cual se traduce en un largo tiempo de trabajo en el sillón dental. Estos inconvenientes de tipo

práctico son los que llevaron a la formulación de los productos para aplicación profesional de flúor en forma de gel⁽²⁴⁾. Su efectividad anticaries se puede cuantificar alrededor de un 26% de reducción de caries.

• Geles: el más empleado es el gel de Fosfato Acidulado (APF), con una concentración de flúor de 1'23%, un 1% de PO₄H₃ y un Ph entre 3 y 4⁽²⁵⁾. Se aplica en cubetas sobre los dientes del paciente durante 4 minutos, repitiéndose la operación cada 3 - 6 ó 12 meses, según el riesgo de caries del paciente. Actualmente no se considera necesaria la realización de una profilaxis previa⁽²⁶⁾. La reducción de caries obtenida es del 25 - 30%.

• Lacas y barnices fluorados: se desarrollaron para permanecer adheridos a los dientes por varias horas, produciendo una liberación lenta de flúor. Hay varios productos de este tipo como es el Fluoruro sódico al 5% (Duraphat[®]), o la laca de dofluorosilano (Flúor Protector[®]). Se recomienda en aquellos pacientes que no controlan el reflejo de la deglución; como niños menores de 6 - 7 años y personas minusválidas, aunque el tiempo necesario para su aplicación es sensiblemente mayor que para los geles.

Numerosos estudios han demostrado que la eficacia de los barnices en la reducción de la caries es igual o algo mayor que la de los colutorios de fluoruro sódico de aplicación quincenal.

2) Flúor de autoaplicación:

• Colutorios fluorados: los compuestos más utilizados son las soluciones de Fluoruro Sódico al 0'05% de uso diario y Fluoruro Sódico al 0'2% de uso semanal. Se recomienda en niños mayores de 6 - 7 años ya que no debe ser ingerido. Su utilización se ha extendido considerablemente en campañas escolares observándose reducciones de caries entre un 30 y un 50%.

• Dentífricos fluorados: se han empleado diferentes agentes fluorados como el fluoruro Sódico (NaF), monofluorofosfato (MFP), fluoruros de aminas o fluoruro estannoso (SnF); presentando, todos ellos, una eficacia anticaries del 25% aproximadamente. Estos dentífricos fluorados, atendiendo a su concentración los podemos dividir en tres grupos:

- De alta concentración: contienen 2.800 ppm, y se puede obtener una reducción de caries de un 12% más, que con un dentífrico de concentración media⁽²⁷⁾. Se recomienda en casos con gran incidencia de caries o en xerostomías postirradiación, nunca en niños.

- De media concentración: la mayoría de los dentífricos de uso diario pertenecen a este grupo y contienen una concentración de 1.000 ppm.

- De baja concentración: incluyen concentraciones de 500 - 250 ppm. Está indicado principalmente en niños menores de 6 años y en minusválidos que no controlan el reflejo de la deglución.

Efectos nocivos de una incorrecta aplicación del flúor

Hasta ahora hemos visto que todas las consecuencias de la aplicación del flúor en cualquiera de sus formas son positivas; sin embargo, también puede tener sus inconvenientes si no se emplea de una forma adecuada. En algunos casos, puede llegar a simultanearse un mal uso de los suplementos de flúor dietético con situaciones particulares, como que los padres no consigan enseñar a sus hijos a escupir y a no tragar el dentífrico fluorado⁽²⁸⁾.

El profesional que emplea preparados fluorados debe ser consciente de los posibles problemas agudos o crónicos que puede presentar, aunque sea de forma ocasional, la utilización de estos compuestos. Así podemos hablar de:

A.- TOXICIDAD AGUDA:

Su presentación es muy rara y sólo se produce de forma accidental, aunque la dosificación y envasado de los preparados comerciales hace francamente muy difícil esta posibilidad. Existen dudas respecto a la cantidad máxima de flúor que la persona puede tolerar antes de que aparezcan signos y síntomas de toxicidad. Whitford⁽²⁹⁾ ha descrito la dosis tóxica probable (DTP) como la dosis mínima que puede causar síntomas tóxicos y es, aproximadamente 5 mgr. de F/Kg de peso corporal. La dosis letal cierta (DLC) es una elevada dosis de flúor que puede conllevar a la muerte y oscila entre 15 mg de F/Kg en un niño y 32 - 64 mg de F/Kg en el adulto⁽³⁰⁾. En la toxicidad aguda prácticamente todos los órganos y sistemas se encuentran afectados, con una sintomatología muy típica que incluye diarrea, vómitos, dolor abdominal difuso y espasmódico, mareos, disnea, convulsiones y coma. Es prácticamente imposible que una persona ingiera cantidades como ésta o superiores, por lo que este tipo de accidentes es muy raro.

En la Figura I se presentan las concentraciones de flúor de los productos utilizados más frecuentemente y su correspondiente D.T.P.

B.- TOXICIDAD CRÓNICA:

La sobredosificación prolongada en el tiempo, dará lugar a la aparición de unos efectos adversos sobre el tejido dentario que denominamos fluorosis dental y se produce en aquellos pacientes que ingieren dosis superiores a 2 miligramos de flúor al día durante los 2 - 4 años previos a la erupción del diente.

Forma	Contenido	Concent. F		Cantidad de producto y de flúor utilizado comúnmente		Dosis tóxica probable (DTP)	
		%	ppm	Producto	Flúor	Niño de 1 año*	Niño de 6 años**
Colutorio	FNa 0,05%	0,023	230	10 ml	2,3 mg	215 ml	430 ml
	FNa 0,20%	0,091	910	10 ml	9,1 mg	55 ml	110 ml
	F ₂ Sn 0,40%	0,097	970	10 ml	9,7 mg	50 ml	100 ml
Dentífrico	FNa 0,22%	0,10	1000	1 g	1,0 mg	50 g	100 g
	MFP 0,76%	0,10	1000	1 g	1,0 mg	50 g	100 g
	MFP 1,14%	0,15	1500	1 g	1,5 mg	33 g	66 g
Gel o solución tópica	APF 2,72%	1,23	12300	5 ml	61,5 mg	4 ml	8 ml
	F ₂ Sn 0,40%	0,097	970	1 ml	0,97 mg	50 ml	100 ml
	F ₂ Sn 8,00%	1,94	19400	1 ml	19,4 mg	2,5 ml	5 ml
Tabletas	FNa 0,25 mg	- - -	- - -	1/día	0,25 mg	200 tabl.	400 tabl.
	FNa 1 mg	- - -	- - -	1/día	1 mg	50 tabl.	100 tabl.

(*) Referido a un niño de 10 kg de peso.

(**) Referido a un niño de 20 kg de peso.

Adaptado de Whitford GM y Ekstrand J. Fluoride toxicity. En Ekstrand J, Fejerskov O y Silverstone L eds. Fluoride in Dentistry. Copenhagen: Munksgaard; 1988.

Fig. I. Composición, concentración de flúor y dosis tóxica probable de algunos productos dentales de uso frecuente.

La fluorosis del esmalte sólo se produce a partir del dlúor ingerido. El flúor de aplicación tópica no puede ser causa de fluorosis en dientes erupcionados, debido a que éstos ya se hallan completamente formados. No obstante, si un niño pequeño consume niveles óptimos de flúor, ya sea por suplementos dietéticos o por agua fluorada, y a la vez ingiere habitualmente una preparación tópica con cierta frecuencia (por ejemplo, diaria o semanalmente), podría producirse una fluorosis del esmalte durante el desarrollo de las coronas dentales. La intensidad clínica con que aparece el característico moteado de la fluorosis, sirvió para que en 1934 Dean⁽³¹⁾ describiese diferentes grados de afectación. A pesar del tiempo transcurrido y de la aparición de otra clasificación (Moller, Smith, Horcwith, Thylstrup y Fejerskov, etc.), los grados de fluorosis de Dean siguen siendo validos, tanto para exploraciones clínicas en la asistencia individualizada, como en la realización de estudios epidemiológicos.

Recomendaciones en el empleo del flúor

Desde el punto de vista del bienestar público, el objetivo debe ser aumentar la protección de los individuos de la comunidad frente a la caries limitando a su vez los efectos nocivos en general y la incidencia de la fluorosis dental. Numerosas investigaciones sobre el índice de caries y el grado de fluorosis en comunidades con niveles naturales de fluoruro en sus aguas, han demostrado una relación inversa entre el nivel de flúor y el

índice de caries; y una relación directa entre el nivel de flúor y el índice de fluorosis. La Figura II demuestra cómo con niveles de 1'0 - 1'2 ppm, el efecto de inhibición de la caries a causa del ión fluoruro se acerca al máximo con un riesgo mínimo de fluorosis. Para concentraciones inferiores a 1 ppm no existe riesgo de fluorosis, pero se evidencia una menor protección contra la caries. Con concentraciones superiores, la reducción del índice de caries no es tan significativa y aumenta el riesgo de fluorosis⁽³²⁾.

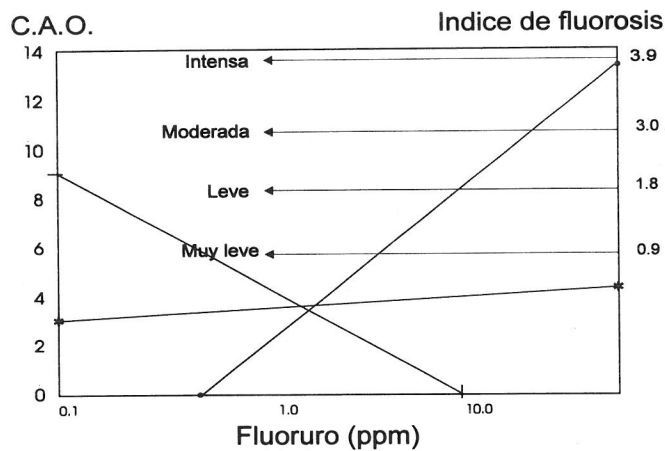


Fig. II. Relación entre la prevalencia de caries, fluorosis dental y concentración de flúor en agua.

Teniendo en cuenta todos los antecedentes, deberemos aplicar los compuestos fluorados teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

1.- *Flúor sistémico:*

Los profesionales de la salud dental debemos conocer qué cantidad de flúor contiene el agua de suministro público en el área donde trabajamos, para ello, podemos informarnos en el Servicio de Aguas Potables o en el Ayuntamiento. También tendremos en cuenta que no todo el mundo utiliza agua corriente para beber, hay determinadas personas que consumen agua embotellada; con lo que la proporción de flúor variará según la marca comercial. En cualquier caso siempre deberemos averiguar qué tipo de agua consume el paciente y su concentración de flúor.

Si el nivel de flúor en las aguas consumidas es menor de 0'7 ppm se debe considerar el uso de suplementos en niños, desde los seis meses a los 13 años de edad. Este período de tiempo, incluye las fases de mineralización y desarrollo dental, por lo tanto el profesional debe tomar las medidas necesarias para que los pacientes no reciban flúor sistémico por encima del nivel terapéutico que puede provocar fluorosis del esmalte.

En la Figura III recogemos una tabla con las dosis de flúor recomendadas en 1979 por la Asociación Dental Americana y por la Academia Americana de Pediatría, teniendo en cuenta la concentración de flúor del agua de bebida y la edad del niño. No obstante, en la actualidad comienza a recomendarse, por parte de algunos expertos, la administración de 0'5 mgr/día como dosis máxima.

Concentración de flúor en el agua (en ppm.)

Edad del niño	< 0'3	0'3 - 0'7	> 0'7
0 - 2 años	0'25	0	0
2 - 3 años	0'50	0'25	0
3 - 13 años	1	0'50	0

(*) 2'2 mg. de fluoruro sódico contienen 1 mg. de flúor

Fig. III. Dosificación de los suplementos farmacológicos fluorados en función de la edad y la concentración de flúor en el agua de bebida (mg de F/día*). Recomendado por la A.D.A. (1979).

2.- *Flúor tópico:*

El cepillado diario con pasta dentífrica fluorada debe recomendarse de forma universal; sin embargo, debemos animar a los padres a que enseñen a los niños menores de 6 años de edad a minimizar la deglución de dentífricos y a utilizar solamente una pequeña cantidad en el cepillo⁽³³⁾. Esta cantidad debe ser del tamaño de un guisante, que contiene 1 mgr de flúor, en una pasta de 1.000 ppm. Esto es de gran importancia, ya que un niño de 4 años que se cepille los dientes 3 veces al día, y cada vez ingiere inadvertidamente un 50% de la pasta, se sabe que ese niño puede ingerir unos 2 mg de flúor al día, con lo cual, rozaría el nivel límite para padecer una fluorosis dental.

Por tanto, debemos aconsejar a los padres que controlen a los niños menores de 6 años durante el cepillado para evitar la ingesta de pasta dentífrica y que empleen una pasta de baja concentración de flúor (500 ppm).

Al realizar en la consulta dental aplicaciones con flúor en forma de gel, o soluciones, debemos ser prudentes en las cantidades que se emplean y hay que mantener a los pacientes sentados y con aspiración continua para minimizar su deglución. También debemos considerar individualmente la frecuencia con que los pacientes necesitan las aplicaciones de flúor basándonos en la experiencia previa de caries y en el probable

riesgo de caries que el paciente presenta en la actualidad.

Los colutorios de autoaplicación se recomiendan en niños mayores de 6 años que controlan la deglución durante el enjuague. No deben prescribirse a niños menores de esta edad o con problemas de incapacidad física o psíquica. De todos modos, la cantidad de flúor contenida en 5 - 10 ml de colutorio es muy baja, por lo que no se les atribuye importancia en el potencial desarrollo de la fluorosis en el niño.

Si adoptamos estas medidas, contribuimos a asegurar que se obtienen los máximos beneficios para la salud derivados de la fluorización, a la vez que se limite la posibilidad de aparición de la fluorosis dental.

Pautas clínicas del uso clínico del flúor

Newburn⁽³⁴⁾ publica unas normas de prescripción del uso clínico del flúor, en función del riesgo de caries del paciente odontopediátrico.

Pacientes de bajo riesgo: aplicación anual de flúor en el gabinete odontológico con carácter opcional y en casa utilización de dentífricos fluorados en la higiene oral.

Pacientes de riesgo moderado: aplicación bianual de flúor en el gabinete odontológico y en casa utilización de dentífricos fluorados y colutorios fluorados diarios si el niño tiene más de seis años.

Si el niño consume agua con escasa concentración de flúor, recetar suplementos fluorados.

Pacientes de alto riesgo: aplicación trimestral de flúor en el gabinete odontológico y en casa utilización de dentífricos y un gel de flúor diariamente durante cinco minutos.

Si el niño consume agua con escasa concentración de flúor, recetar, suplementos fluorados.

Conclusiones

1.- El empleo de los fluoruros, en sus distintas formas de utilización, ha sido el procedimiento preventivo que más ha influido en el descenso de los niveles de caries observado en las últimas décadas.

2.- La correcta utilización del flúor en los pacientes odontopediátricos supone:

- Realizar una correcta anamnesis que nos permita conocer de forma clara el contacto del niño con el flúor: si bebe agua fluorada, si toma comprimidos, qué pasta dentífrica utiliza, aplicaciones profesionales, etc. Es muy importante descartar las situaciones en las que se produzca una sobredosificación crónica, por el riesgo de fluorosis que esto conlleva.

- Hacer una prescripción individualizada de los compuestos fluorados, sistémicos o tópicos, que se encuentran indicados en cada caso, teniendo en cuenta el riesgo de caries que el paciente presenta en función de su edad, antecedentes de caries, hábitos higiénicos y dietéticos.

Colvée, S.: Profesor Colaborador de Odontopediatria, Facultad de Medicina y Odontología de Valencia; Estrela, F.: Profesor Asociado de Odontopediatria, Facultad de Medicina y Odontología de Valencia; Almerich, J. M.: Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.

Bibliografía

- 1.- Federation Dentaire Internationale and World Health Organization report of a working group convened jointly. Changing patterns of oral health manpower: Part I. Int. Dent. J. 35 (3): 235 - 251; 1985.
- 2.- BRUNELLE, J.A.; CARLOS, P.C.: Recent trends in dental caries in U.S. children and the effect of water fluoridation. J. Dent. Res. 69 (Spec Iss): 723; 1990.
- 3.- KALSBECK, H.; VERRIPS, G.M.V.: Dental Caries prevalence and the use of fluoride in different european countries. J. Dent. Res. 69 (Spec ISS): 728; 1990.
- 4.- MARTHALER, T.M. Caries Status in Europe and predictions of future trends. Caries Res. 24: 381; 1990.
- 5.- SZPUNAR, S.M.; BURT, B.A.: Trends in the prevalence of dental fluorosis in the United States: a review. J. Public Health Dent. 47 - 71; 1987.
- 6.- RIPA, L.W.: Need for prior toothcleaning when performing a professional topical fluoride application: review and recommendations for change. J. AM. Dent. Assoc. 109 - 281; 1984.
- 7.- KATZ, S.; McDONALD, J.L.; STOOKEY, G.K.: Odontología preventiva en acción. 3 ed. Buenos Aires: Panamericana; 1982.
- 8.- LAZZARI, E.P.: Bioquímica dental. 1 ed., Interamericana, México, 203; 1970.
- 9.- MURRAY JOHN, J.: Fluoruros en la prevención de la caries. Bristol, John Wright & Sons Ltd.: 60 - 113; 1976.
- 10.- JENKINS, G.N.; SPEIRS, R.L. Some observations on the fluoride concentration on dental tissues. J. Dent. Res. 33: 734 - 738; 1954.
- 11.- BRUDEVOLD, F.; GARDNER, D.E.; SMITH, F.A.: The distribution of fluoride in human teeth. J. Dent. Res. 35: 420 - 429; 1956.
- 12.- BELTRÁN, E.D.; BURT, B.A. Efectos pre y posteruptivos del flúor en la disminución de la caries. Archivos de Odonto - Estomatología Preventiva y Comunitaria, 1: 36 - 45; 1989.
- 13.- SILVERSTONE, L.M.: Fluorides and Remineralization. In: Clinical uses of Fluorides. Wei SHY, ed Philadelphia: Lea &

Febiger 153 - 75; 1985.

14.- ERICSON, Y.; RIBELIUS, U.: Amplias variaciones de Abastecimiento de Fluoruros en Niños Pequeños y Sus Efectos. *Caries Res.* 5: 78 - 88; 1971.

15.- F.D.I. 1992. Declaración de principios aprobado por la Asamblea General de la F.D.I. (80º Congreso, Octbr. 1992, Berlín). *Gaceta Dental* 34: 13 - 22; 1993.

16.- SILVERSTONE, L.M.; JOHNSON, N.W.; HARDIE, J.M.; WILLIAMS, R.A.D. *Caries Dental: Etiología, patología y prevención*. México: El Manual Moderno: 1985.

17.- CUENCA, E.; MANAU, C.; SERRA, L.: *Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria*. Barcelona: Masson; 1991.

18.- NEWBBURN, E.: Mechanisms of fluoride action in caries prevention. In: Newburn, E., ed. *Fluorides and dental caries. Contemporary concepts for practitioners and students*. Springfield, III: CC Thomas; 1986: 155 - 73.

19.- IJIMA, Y.; KATAYANA, T.: Fluoride concentration in deciduous enamel in high - and - low - fluorides areas. *Caries Res.* 19: 262 - 5; 1985.

20.- BURT, B.; EKLUND, S.; LOESCHE, W.: Dental benefits of limited exposures to fluoridated water in childhood. *J. Dent. Res.* 61: 1.322 - 5; 1986.

21.- A.D.A. Guía para el uso del flúor en la prevención de la caries dental. *Archivos de Odonto - Estomatología*, 2: 339 - 390; 1986.

22.- SILVERSTONE, L.M.: Fluorides and Remineralization. In: *Clinical uses of fluorides*. Wei S.H.Y., ed Philadelphia: Lea & Febiger, 1985: 153 - 75.

23.- PEARCE, E.I.F.; SUCKLING, G.W.; CUTRESS, T.W.: Fluoride in the outer enamel of New Zealand children. I. Its relation to the fluoride concentration of the water supply and to the use of fluoride tablets. *NZ Dent.* 77: 144 - 9; Oct. 1981.

24.- MURRAY, J.J.: Resources, treatment, and prevention. En: Murray JJ (ed). *The prevention of the dental disease* (2ed). Oxford: Oxford University Press, 480 - 90; 1989.

25.- WEFWL, J.S.: Critical assesment of professional application of topical fluorides. En: Wei SHY. *Clinical uses of fluoride*. Philadelphia, 195: Lea & Febiger, 16; 1985.

26.- RIPA, L.W.: Revisión de la efectividad anticaries de la autoaplicación y aplicación profesional de geles de flúor tópico. *Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria*, 2: 57 - 74; 1990.

27.- RIPA, L.W.: Revisión de estudios sobre dentífricos a base de flúor de alta potencia. *Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria*, 1: 95 - 103; 1989.

28.- MASON, J.O.: Los excesos de lo bueno: cuestiones sobre la fluorosis. *Arch. de Odonto - Estomatología* 3: nº 2, 76 - 80, 1991.

29.- WHITFORD, G.M.: Fluoride in dental products safety considerations. *J. Dent. Res.* 1987; 66: 1.056 - 1.060.

30.- KOSTIW, U.: Seguridad en el empleo del flúor en la consulta de higiene dental. *Arch. de Odonto - Estomatología* 9: nº 2, 82 - 90; 1993.

31.- DEAN, H.T.: Classification of mottled enamel diagnosis. *J. Am. Dent. Assoc.* 1934; 21: 1.421 - 6.

32.- HODGE, H.C.: The concentration of fluorides in the drinking water to give the point of minimum caries with maximum safety. *J. Am. Dent. Asasoc.* 1950, 40: 436 - 439.

33.- MASON, J.O.: Los excesos de lo bueno: cuestiones sobre la fluorosis. *Arch. de Odonto - Estomatología* 3, nº 3: 76 - 80; 1991.

34.- NEWBURN, E.: Prevención de la caries dental: interrupción de la cadena de transmisión. *Archivos de Odonto - Estomatología Preventiva y Comunitaria* 9, supl. I: 422 - 9; 1993.

Patología oral en niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Diz Dios, P.; Vázquez García, E.; Fernández Feijoo, J.; Castro Ferreiro, M.; Alvarez Alvarez, J.

Resumen

En el presente trabajo se estudia una cohorte de niños VIH - positivos con el fin de conocer la prevalencia y significado de las lesiones orales en el contexto general de la enfermedad. De los 20 niños explorados, el 75% presentó algún tipo de patología oral, siendo la candidiasis la más frecuente (60%). Otras manifestaciones patológicas encontradas con menor frecuencia fueron: gingivitis, tumefacción parotídea, policarías, enfermedad periodontal y herpes simple labial. Se encontró una correlación directa entre la prevalencia de lesiones orales y los años transcurridos desde la seroconversión, así como entre la existencia de patología oral y el estadio clínico de los pacientes. Por último, cabe destacar que tras el examen oral, y debido a la patología detectada, en 8 pacientes varió el estadio clínico según la clasificación propuesta por los CDC. En conclusión, el diagnóstico y tratamiento de la patología oral de los niños VIH - positivos, debería incluirse dentro del protocolo general de atención a estos pacientes.

Palabras Clave: VIH; Niños; Patología oral; Candidiasis oral.

Summary

In this article, a cohort of VIH positive children was studied in order to know the prevalence and significance of oral lesions within the general context of the disease. Of the 20 children explored, 75% presented some pathological oral finding, and oral candidiasis resulted the most frequent one (60%). Some other pathological manifestations found less frequently were: gingivitis, parotid enlargement, policarías, periodontal disease and herpes simplex infection. A direct correlation between oral lesions prevalence rate and HIV infection evolution time since seroconversion was observed, as well as between the existence of oral pathology and the patients clinical stage. Finally, it would be underlined that after oral exploration, and due to the pathological findings, the clinical stage change in eight patients according to the CDC classification. In consequence, diagnose and treatment of oral pathology in HIV - positive children would be included in the general health management of these patients.

Key Words: HIV; Child; Oral pathology; Oral candidiasis.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se describió por primera vez en niños en 1983^(1,2) y constituye un capítulo de interés creciente en la patología infecciosa actual, por sus repercusiones sanitarias y sociales.

El número de casos de SIDA se ha incrementado dramáticamente y, según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de cuatro millones de niños habrán nacido de madres seropositivas en el año 2000. En España, el número total de casos de SIDA registrado hasta Junio de 1993 es de 19.815, y de ellos 499 corresponden a niños menores de 13 años⁽³⁾. Esto supone que el porcentaje de SIDA pediátrico en nuestro país es de 2'5% del total de casos declarados, superando el 0'7% estimado a nivel mundial.

En los adultos, las manifestaciones orales del SIDA han sido detalladamente descritas^(4,5), constituyendo en algunos casos uno de los primeros signos de la infección^(6,7). Por esta razón la exploración oral en estos pacientes resulta extremadamente importante, ya que puede facilitar el diagnóstico precoz de la infección, permitiendo así establecer la estrategia terapéutica más adecuada desde los estadios iniciales de la enfermedad.

Por otra parte se ha subrayado, también en adultos, el valor de la exploración oral para determinar el estadio de la enfermedad y, como quiera que este aspecto pasa en ocasiones desapercibido para el clínico, no es infrecuente que los pacientes se emplacen en un nuevo estadio clínico tras el examen minucioso de la cavidad oral. Esta observación ya fue contrastada por Shulten E.A. et al.⁽⁸⁾, quienes señalaron la importancia

del examen oral, en base a que el estado clínico es un parámetro que ha de tenerse en consideración para seleccionar a los pacientes susceptibles de recibir terapia antiviral.

Por último cabe señalar, que determinadas lesiones como la candidiasis oral y la leucoplasia vellosa se han asociado en adultos VIH - positivos con una más rápida progresión de la enfermedad^(7,9), por lo que presumiblemente la candidiasis oral también será un marcador de progresión de la infección por VIH en la infancia, tal y como ya han señalado algunos autores⁽¹⁰⁻¹³⁾. La importancia del reconocimiento de estas manifestaciones patológicas radica además en su valor como expresión de deterioro del sistema inmune, con lo cual la existencia de dichas lesiones podría llegar a condicionar nuestra actitud terapéutica frente al VIH y profiláctica frente a las infecciones oportunistas asociadas⁽¹⁴⁾.

Aunque la infección por VIH presenta múltiples analogías entre niños y adultos, existen también importantes diferencias en cuanto a factores de riesgo, vías de transmisión, patrones de seroconversión e historia natural de la enfermedad. Los estudios publicados hasta la fecha en relación a la patología oral en niños VIH - positivos son escasos y eminentemente descriptivos^(15, 11, 12, 14 - 18), sin que se hayan podido determinar definitivamente aspectos como el valor pronóstico de estas lesiones, o el impacto del examen oral sobre la clasificación clínica de la infección. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos al estudiar un colectivo de pacientes VIH - positivos en edad pediátrica, relativos a la prevalencia y significado de la patología oral detectada.

Pacientes y Método

Colectivo de Estudio

Hemos estudiado un total de 20 niños VIH - positivos, procedentes de unidades pediátricas de distintos centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia. La condición de seropositividad de todos los pacientes fue determinada mediante el test de ELISA y confirmada por Western Blot, según los criterios establecidos por los Centers for Disease Control (CDC) para definir la condición de infectado por VIH en niños mayores de 18 meses⁽¹⁹⁾. La distribución del colectivo de pacientes según edad, sexo y vía de contagio, se detalla en la Tabla I.

Las edades de los niños estaban comprendidas entre 1 y 13 años ($x = 7 \pm 6$), y su distribución con respecto al sexo correspondió a 9 varones (45%) y 11 niñas (55%).

En 16 pacientes (80%) la vía de contagio fue la transmisión vertical (materno - fetal), resultando esta forma de transmisión la más frecuente, mientras que tres niños (15%) se infectaron por la administración de hemoderivados contaminados y

sólo uno (5%) como consecuencia de una transfusión sanguínea.

Edad (años)	Categoría de transmisión/sexo					
	R. HEMODER.		R. TRANSF.		M-H	
	M	F	M	F	M	F
< 1					2	6
1-2					2	1
3-4				1	2	3
5-9						
10-12	3					

R. HEMODER: receptores de hemoderivados; R. TRANSF: receptores de transfusiones sanguíneas; M-H: transmisión de madre infectada a hijo/a; M: sexo masculino; F: sexo femenino.

Tabla I. Edad, sexo y vía de transmisión del VIH, del colectivo de estudio.

Siguiendo los criterios de los CDC⁽¹⁹⁾, y sin tener en cuenta la exploración oral, 4 pacientes (20%) se incluyeron en el estado clínico P-0, 9 en el P-1 (45%) y los 7 restantes (35%) en el P-2.

Método

De cada paciente se efectuó una minuciosa historia médica, haciendo especial hincapié en los aspectos farmacológicos y la patología orofacial, así como una exhaustiva exploración del sistema estomatognático, recogiendo toda esta información en una ficha estandarizada.

La exploración bucal metódica consistió en: inspección visual, palpación intra y extraoral de cabeza y cuello, estudio radiológico (a los niños mayores de 6 años), seguimiento fotográfico de las lesiones macroscópicas y análisis de la flora oral. Este estudio de la flora se realizó mediante el cultivo de frotis de la superficie mucosa intraoral, obtenidos mediante escobillones de algodón estériles, con los que realizamos un barrido de la superficie dorsal de la lengua y el vestibulum oris en todos los pacientes. En aquellos casos en que la mucosa presentaba alteraciones clínicas evidentes, se recogió una muestra adicional de la zona de la lesión. Para proceder al cultivo de las muestras se inocularon en discos de Sabouraud-agar-glucosa al 4% y se incubaron durante 48 horas a 37°C. Para la identificación de las distintas especies de *Candida* se emplearon los kits comerciales Candifast Unipath y API 20 C AUX (Biomérieux, España S.A.). Se consideraron positivos desde el punto de vista cuantitativo sólo aquellos cultivos con >50 UFC/ml.

Las lesiones orales se diagnosticaron siguiendo los criterios clínicos propuestos por el "Grupo de Trabajo de la Comunidad Europea para el estudio de lesiones relacionadas con la infección por VIH"⁽²⁰⁾. En algunos casos para confirmar el diagnóstico clínico fue necesario realizar exámenes microbiológicos y/o histopatológicos específicos.

Los datos relativos a la prevalencia de lesiones orales se obtuvieron considerando los niños que presentaban algún hallazgo patológico en el momento de la exploración, o que habían padecido algún tipo de patología oral en el curso de su enfermedad, estando ésta reflejada en la historia clínica.

Resultados

En 15 de los 20 pacientes del colectivo de estudio encontramos algún tipo de patología oral (75%), detallándose en la Tabla II la prevalencia y la naturaleza de las lesiones detectadas.

Diagnóstico	Nº Casos (%)
Candidosis	12 (60%)
Pseudomembranosa	5 (25%)
Eritematosa + Pseudomembranosa	2 (10%)
Queilitis angular	1 (5%)
No observable clínicamente	4 (20%)
Gingivitis	4 (20%)
Enfermedad periodontal	1 (5%)
Herpes simple labial	1 (5%)
Tumefacción parotídea	2 (10%)
Policaries	2 (10%)
Sin lesiones	5 (25%)

Tabla II. Prevalencia y clasificación de las lesiones orales encontradas en una cohorte de pacientes pediátricos VIH - positivos (N=20).

El hallazgo más frecuente resultó la candidiasis, que fue diagnosticada en 12 ocasiones (60%), aunque sólo en 8 pacientes (40%) se estableció el diagnóstico de candidiasis clínica, siendo éste posteriormente confirmado mediante cultivo. En los 4 casos restantes (20%) el examen clínico no reveló ningún hallazgo patológico, alcanzándose el diagnóstico de candidiasis en base a los resultados del estudio microbiológico. La variedad más frecuente fue la candidiasis pseudomembranosa, presentándose de forma aislada en 5 pacientes (25%), y asociada a candidiasis eritematosa en otros dos (10%), completándose los hallazgos relativos a candidiasis clínica con un paciente (5%) diagnosticado de queilitis angular.

El estudio microbiológico demostró que *Candida albicans* es la especie micótica predominante en estas lesiones, detectándose en 11 de los 12 pacientes con candidiasis (92%). En tres casos se aisló *C. parapsilosis*, asociada en dos ocasiones a *C. albicans* y a *C. famata* en el caso restante.

Otras manifestaciones patológicas encontradas con menor frecuencia fueron: gingivitis en 4 ocasiones (20%), tumefacción parotídea en otras dos (10%), dos casos de policaries (10%), uno de enfermedad periodontal (5%) y uno de herpes simple labial (5%).

Al relacionar la patología oral con el tiempo transcurrido desde la seroconversión, es decir, la edad de los pacientes en caso de transmisión vertical y el intervalo desde la fecha presumible de contagio hasta la actualidad en los pacientes que recibieron hemoderivados contaminados, encontramos que la prevalencia de manifestaciones orales se incrementa con el tiempo de evolución de la infección por el VIH (Fig. 1). Así, mientras sólo en tres de los 6 pacientes en los que habían transcurrido menos de dos años desde la seroconversión se detectó algún tipo de lesión oral (50%), encontramos manifestaciones patológicas en 12 de los 14 enfermos con una historia de seropositividad al VIH superior a dos años (86%).

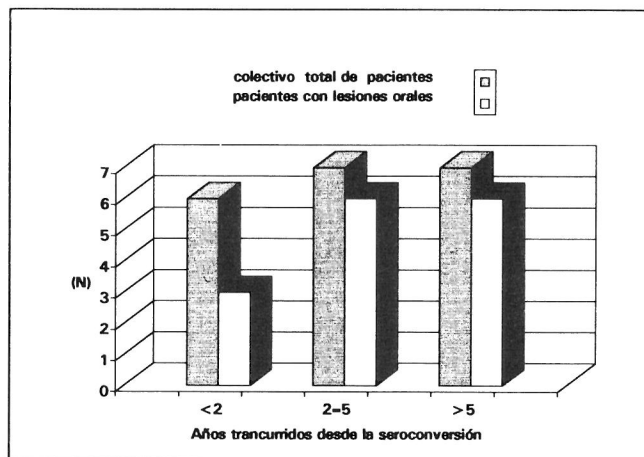


Fig. 1. Prevalencia de lesiones orales en relación al tiempo de evolución de la infección por el VIH.

Si analizamos la prevalencia de lesiones orales en relación con el estadio clínico de los pacientes, según la clasificación propuesta por los CDC₁₀, encontramos que la frecuencia de manifestaciones patológicas intraorales aumenta con el estadio clínico, de forma que sólo en un paciente de los 4 pertenecientes a la clase P0 encontramos lesiones orales, mientras que 7 de los 9 enfermos incluidos en el estadio P1 y los 7 correspondientes al estadio P2, presentaban algún tipo de hallazgo patológico intraoral. Todos estos resultados se detallan en la Figura 2.

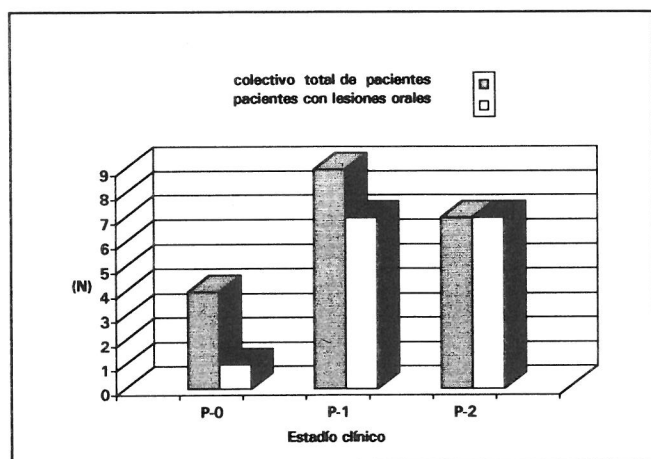


Fig. 2. Prevalencia de lesiones orales en relación al estadio clínico.

Por último cabe señalar, que el examen oral originó una redistribución cuantitativa de los estadios clínicos, que afectó a 8 pacientes del colectivo de estudio (Figura 3). Exceptuando la clase P0, se produjeron modificaciones en todos los estadios. La variación más importante la protagonizó la clase P2-D3, integrada inicialmente por dos enfermos, que aumentaron a 12 tras la exploración, a expensas sobre todo de las clases P1-A, P1-B y P2-A.

Discusión

Hemos encontrado una elevada prevalencia de patología oral, ya que un 75% de los pacientes presentaron al menos una lesión intra o perioral. En otras series publicadas^(10, 13, 18) la prevalencia es todavía mayor, probablemente debido a que se trata de estudios de tipo longitudinal y las lesiones orales son en su mayoría de carácter agudo, siendo más fácilmente detectadas mediante el examen periódico de la cavidad bucal. También se ha de tener en cuenta que en algunos de estos estudios^(10, 18) sólo se incluyeron pacientes con infección perinatal, siendo en este grupo de pacientes donde la prevalencia de lesiones orales es más elevada. Otra razón que podría justificar la existencia de un mayor número de lesiones en la literatura revisada, sería la inclusión de una gran parte de los colectivos de estudio de la clase P-2, ya que es en los niños pertenecientes a este estadio donde se encuentra una mayor incidencia de patología oral. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en la proporción de pacientes pertenecientes a esta clase entre las distintas revisiones.

La lesión más frecuente fue la candidiasis oral (60%), lo cual coincide con los resultados de otras series pediátricas^(10, 18). Sin embargo, existe una gran variabilidad en cuanto a la preva-

lencia de lesiones en estas revisiones, oscilando ésta entre el 35% y el 92%. Esta variación podría justificarse en base al tipo de estudio diseñado, según sea éste transversal⁽¹¹⁾ o longitudinal^(10, 12, 13, 17, 18), a la selección de la cohorte, pudiendo tratarse de pacientes infectados perinatalmente^(10-12, 18), casos de SIDA⁽²¹⁾, niños VIH(+)^(17, 21), etc., o bien al diagnóstico exclusivamente clínico de las lesiones, lo cual implicaría un menor número de hallazgos, debido a la escasa colaboración que prestan los pacientes pediátricos a la hora de la exploración y a la existencia de algunas candidiasis que pasan fácilmente desapercibidas a la inspección visual⁽¹¹⁾.

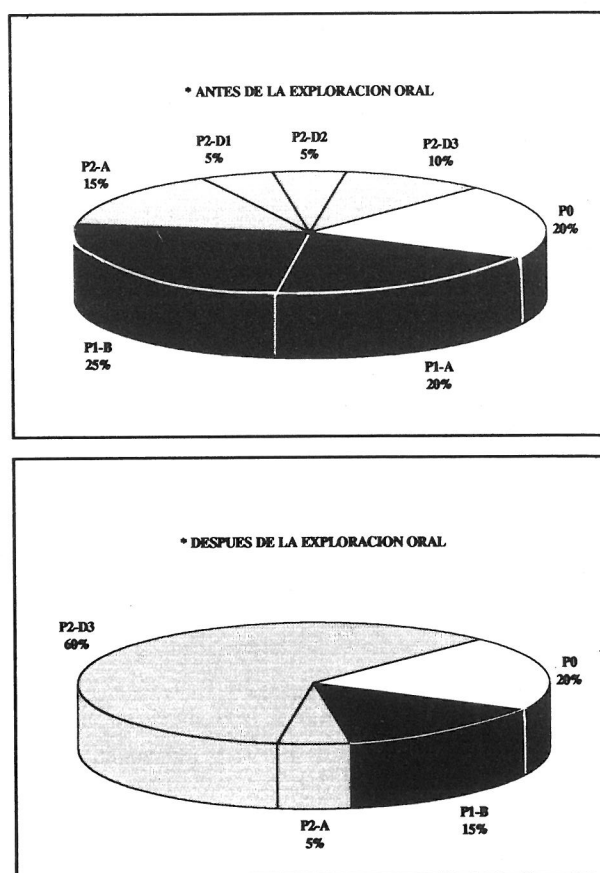


Fig. 3. Clasificación de la cohorte de niños VIH-positivos siguiendo los criterios de los CDC, antes y después de la exploración oral.

En el presente estudio sólo se consideraron positivos aquellos cultivos en los que se aislaron >50 UFC/ml de *Candida*. La importancia de la cuantificación del cultivo radica en que, al tratarse de un microorganismo comensal, no es extraña su presencia entre la población infantil sana⁽²¹⁾, por lo que el aislamiento de un número mínimo de colonias no justificaría el diagnóstico de candidiasis oral.

La variedad clínica más frecuente resultó la pseudomembranosa, en concordancia con los resultados de otras revisiones^(11-12, 16-18). La candidiasis eritematosa se detectó menos frecuentemente, coincidiendo también este hallazgo con otros estudios^(12, 18) y presentándose, al igual que observaron Katz et al.⁽¹⁸⁾, siempre asociada con la variedad pseudomembranosa. A este respecto, algunos autores⁽²²⁾ han descrito la candidiasis eritematosa como una forma clínica previa a la aparición de la pseudomembranosa, lo que explicaría su presentación conjunta. La queilitis angular resultó la forma clínica menos frecuente de candidiasis, como también se ha señalado en otras revisiones^(12, 18). No hemos encontrado, coincidiendo con otros estudios^(11, 12, 18), ningún caso de candidiasis hiperplásica.

Candida albicans fue la especie predominante en estas lesiones de etiología micótica (92%), siendo este resultado superponible a los de otras revisiones pediátricas^(11, 12, 16). Sólo en dos pacientes se aisló además *C. parapsilosis* coincidiendo con Moniaci D et al.⁽¹²⁾. En el único caso que no presentó *C. albicans* se identificaron *C. famata* y *C. parapsilosis*, sin embargo la cuantificación fue <50 UFC/ml y su presencia se achacó a la anemia ferropénica concomitante que padecía el enfermo.

La candidiasis oral, al igual que sucede en el adulto, se considera indicadora de evolución desfavorable^(10, 18). En consecuencia, se ha sugerido que la candidiasis oral podría ser un signo temprano de infección en los pacientes en estadio P-0. En un estudio en el que se diferenciaba niños con SIDA menores de un año y mayores de dos, se encontró que entre los primeros un 50% presentaba candidiasis, resultando ésta detectable sólo en un 10% de los mayores de dos años, por lo que se concluyó que la candidiasis era un signo importante de morbilidad⁽²¹⁾. Sin embargo, todos estos datos deben interpretarse teniendo en cuenta que la candidiasis es un hallazgo frecuente en la cavidad oral de niños sanos menores de seis meses⁽²¹⁾, por lo que, su diagnóstico en neonatos VIH(+) no implica directamente la existencia de infección por VIH.

La gingivitis resultó, después de la candidiasis, la lesión encontrada con mayor frecuencia (20%). A pesar de ser éste un hallazgo relativamente común entre los niños infectados por el VIH^(11, 12, 17), no puede ser considerado como una entidad directamente asociada a la infección por VIH, ya que su etiología puede ser múltiple, incluyendo la colonización por *Candida*⁽¹¹⁾, la placa bacteriana y, específicamente en los niños, la erupción dentaria⁽¹⁵⁾.

Un paciente adolescente de 12 años de edad, fue el único caso en el que se estableció el diagnóstico de periodontitis. Entre el colectivo infantil VIH(+) la enfermedad periodontal es un

hallazgo excepcional en países desarrollados, pero por el contrario, en los países en vías de desarrollo, no son raros los casos pediátricos de gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA) asociados a inmunosupresión, malnutrición y enfermedades infecciosas, especialmente a la infección por VIH⁽²⁶⁾.

La tumefacción parotídea se ha descrito con cierta frecuencia en la población infantil infectada por el VIH^(1, 2, 11-13, 18, 23-25). Rubinstein et al.⁽²³⁾ encontraron una significativa asociación entre la existencia de tumefacción parotídea y la neumonitis intersticial linfoidea (NIL), incluyéndose ambas patologías dentro del cuadro denominado Síndrome Linfoproliferativo, donde aparecen además: adenopatías generalizadas, visceromegalia e hipergammaglobulinemia. Ninguno de los dos casos (10%) con tumefacción parotídea de la presente revisión habían presentado anteriormente NIL. La etiología de esta lesión no está todavía bien definida, habiéndose sugerido en los adultos que podría tener carácter infeccioso y estar causada por VEB, CMV o VIH. Soberman N et al.⁽²⁷⁾ describieron áreas compatibles con infiltración linfoide en 7 niños con hipertrofia parotídea, y quistes linfoepiteliales en otros tres. Estos mismos autores encontraron una elevada prevalencia de fenotipo HLA-DR5, clásicamente asociado a respuestas inmunológicas favorables, entre los niños que presentaban estas lesiones, sugiriendo la existencia de una cierta relación entre esta variedad fenotípica y el pronóstico favorable de estos pacientes.

En dos casos (10%) encontramos un gran deterioro de las piezas dentarias causado por la caries. Ambos pacientes pertenecían al estadio P-2, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 9 años, y recibían tratamiento con AZT y uno de ellos con Nistatina. Al tratarse de dentición mixta, con piezas que llevan en la boca varios años, si la higiene oral es deficiente y los hábitos alimenticios incorrectos, las posibilidades de que las piezas se caríen pueden considerarse las mismas que en la población infantil no infectada. Algunos autores^(28, 29) han reseñado que la propia terapia medicamentosa podría originar cierto tipo de caries denominadas rampantes o "de biberón", debido a que los excipientes de algunos fármacos como la nistatina y el AZT o los suplementos nutricionales, tienen un alto contenido en sucrosa; en ocasiones estos medicamentos se disuelven en soluciones azucaradas y se administran mediante biberón, para mejorar su tolerancia por parte del niño, lo que sin duda potencia su cariogenicidad.

En cuanto a las manifestaciones de origen vírico, hay que señalar que las lesiones causadas por Virus Herpes Simple se han detectado con relativa frecuencia en estudios de tipo longitudinal^(10, 12, 13, 18) aunque su aparición no está directamente relacionada con la infección por el VIH, ya que la gingivoestomatitis herpética o el herpes simple labial, son

lesiones habituales en niños con algún tipo de inmunosupresión. Otra lesión de posible etiología vírica, la leucoplasia vellosa, asociada al virus de Epstein Barr, constituye un hallazgo excepcional en el niño⁽¹⁸⁾. Su escasa prevalencia en pacientes pediátricos podría explicarse en base a que la leucoplasia vellosa es considerada una expresión de reinfección múltiple y esto no sucede en los niños dado el corto período transcurrido desde la primoinfección por el VEB y su reactivación dentro de las células epiteliales de la mucosa oral^(30,31).

Relacionando el tiempo transcurrido desde la seroconversión con la patología oral, hemos observado que a medida que éste aumenta se incrementa el número de lesiones orales, posiblemente como expresión del progresivo deterioro inmunológico.

Coincidiendo con Katz MH et al.⁽¹⁸⁾ y Moniaci D et al.⁽¹²⁾, hemos encontrado una alta prevalencia de lesiones orales en los pacientes en estadios más avanzados, de forma que todos los niños de la clase P-2 presentaban algún hallazgo patológico. La candidiasis oral persistente (durante dos o más meses), estomatitis herpética (uno o más episodios en un año) y el herpes zóster son criterios de inclusión en el estadio P-2 subclase D-3; los 10 pacientes de nuestro estudio que cambiaron a P-2D3 tras la exploración oral, lo hicieron a expensas del hallazgo de candidiasis oral. El estadio clínico de los CDC es uno de los parámetros que se tienen en consideración a la hora de seleccionar a los pacientes que recibirán terapia antiviral, de ahí la importancia de la exploración ya que podría condicionar la planificación terapéutica de la infección.

Algunos autores^(12,13) han relacionado la prevalencia de lesiones orales con la concentración sérica de linfocitos T4, PMN o el cociente T4/T8. Ketchem et al.⁽¹¹⁾ no encontraron ninguna correlación significativa entre la candidiasis oral, el recuento de linfocitos T4 y el cociente T4/T8; Moniaci et al.⁽¹²⁾ señalan, por el contrario, una mayor prevalencia de lesiones orales a medida que dichos parámetros disminuyen. Dado que los niveles inmunológicos varían sustancialmente entre los niños con la edad^(32,33), cualquier relación estadística que se establezca podría no ser totalmente válida. Probablemente por esta razón, la clasificación de la infección por VIH en la infancia todavía no se ha modificado teniendo en cuenta los niveles de T4, y esto justifica, en contra de los criterios seguidos por otros autores^(11,12), el que hayamos evitado establecer relación alguna entre patología intraoral y nivel inmunológico.

En definitiva podemos decir que los pacientes pediátricos VIH(+) presentan una patología específica, cuyo significado en el contexto general de la enfermedad, valor pronóstico y condicionante de la estrategia terapéutica todavía no se ha

determinado. Esto obliga a diseñar estudios prospectivos que incluyan amplios colectivos de pacientes, y garanticen el seguimiento periódico de estos enfermos.

Agradecimientos

Queremos dejar constancia de la inestimable colaboración prestada por los siguientes profesionales del Complejo Hospitalario Xeral - Cíes (Vigo):

- Dra. Ocampo y Dr. Vilela del Servicio de Pediatría.

- Dra. I. Iglesias y Dra. I. Otero del Servicio de Microbiología.

Diz Dios, P.: Unidad de Pacientes Especiales, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela; Vázquez García, E.: Unidad de Pacientes Especiales, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela; Montaña Ponsa Fernández Feijoo, J.: Unidad de Pacientes Especiales, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela; Castro Ferreiro, M.: Unidad de Pacientes Especiales, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela; Alvarez Alvarez, J.: Unidad de Pacientes Especiales, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela.

Correspondencia: Dr. D. Pedro Diz Dios. Calle Panamá, nº 2 - 2º - Dcha. Fax (986) 48 06 11. 36203 - Vigo (Pontevedra).

Bibliografía

- 1.- OLESKE, J.; MINNEFOR, A.; COOPER, R.Jr.: Immunodeficiency syndrome in children. JAMA 1983; 249: 2.345 - 2.349.
- 2.- RUBINSTEIN, A.; SICKLICK, M.; GUPTA, A.: Acquired immunodeficiency with reversed T4/T8 ratios in infants born to promiscuous and drug-addicted mothers. JAMA 1983; 249: 2.350 - 2.356.
- 3.- Información epidemiológica. Registro Nacional de casos de SIDA. PUB. OF. SEISIDA 1994; 4(10).
- 4.- PINDBORG, J.J.: Classification of oral lesions associated with HIV infection. Oral Surg 1989; 67: 292 - 295.
- 5.- SILVERMAN, S.: Oral findings in people with or at high risk for AIDS. A study of 375 homosexual men. J Am Dent Assoc 1986; 112: 187 - 192.
- 6.- KLEIN, R.S.: Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med 1984; 311: 354 - 358.
- 7.- GREENSPAN, D.: Relation of oral hairy leukoplakia to

infection with the human immunodeficiency virus and the risk of developing AIDS. *J Infect Dis* 1987; 155: 475 - 481.

8.- SHULTEN, E.A.; TEN - KATE, R.W.; VAN DER WAAL, I.: The impact of oral examination on the Centers for Disease Control classification of subjects with human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med* 1990; 150(6): 1.259 - 1.261.

9.- KATZ, M.H.; GREENSPAN, D.; WESTENHOUSE, J.: Progression of AIDS in HIV-infected homosexual and bisexual men with hairy leukoplakia and oral candidiasis. *AIDS* 1992; 6: 95 - 100.

10.- TOVO, P.A.; DE MARTINO, M.; GABIANO, C. et al and the italian register for infection in children: Prognostic factors and survival in children with perinatal HIV-1 infection. *Lancet* 1992; 339(23): 1.249 - 1.253.

11.- KETCHEM, L.; BERKOWITZ, R.J.; McILVEEN, L.; FORRESTER, D.; RAKUSAN, M.D.: Oral findings in HIV-seropositive children. *Pediatr Dent* 1990; 12(3): 143 - 146.

12.- MONIACI, D.; CAVALLARI, M.; GRECO, D.; BRUATTO, M.; RATIERI, R.; PALOMBA, E.; TOVO, P.A.; SINICCO, A.: Oral lesions in children born to HIV-1 positive women. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(1): 8 - 11.

13.- RAMOS - GÓMEZ, F.J.; PETRU, A.; HILTON, J.F.; KATZ, M.H.; GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S.: Oral manifestations in pediatric HIV infection (Abstract PO-B18-1813). Presented at IXth International Conference on AIDS. IVth STD World Congress, June 1993; Berlín.

14.- ANÓNIMO: (University of California, San Francisco). Oral lesions in HIV-infected children signal need for more aggressive treatment. *AIDSWEEKLY* 1992; March 16: 7 - 8.

15.- LEGGOT, P.J.: Oral manifestation of HIV infection in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(2): 187 - 192.

16.- SILVERMAN, S.Jr.; WARA, D.: Oral manifestations of pediatric AIDS. *Pediatrician* 1989; 16(3-4): 185 - 187.

17.- RAMOS VILLEGAS, A.; MARTÍNEZ AGUILAR, G.; CUAIRAN RUIDÍAZ, V.; SANTOS - PRECIADO, J.I.; VALENCIA MAYORAL, M.: Manifestaciones orales en niños positivos al virus de la inmunodeficiencia humana. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992; 49(9): 592 - 599.

18.- KATZ, M.H.; MASTRUCCI, M.T.; LEGGOTT, P.J.; WESTENHOUSE, J.; GREENSPAN, J.S.; SCOTT, G.B.: Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *Am J Dis Child* 1993; 147(1): 45 - 48.

19.- Centers of Disease Control. Classification system for human immunodeficiency virus (VIH) infection in children under 13 years of age *MMWR* 1987; 36: 225 - 236.

20.- EEC - Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Center on oral manifestations of the human immunodeficiency virus. An update of the classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 97 - 100.

21.- LAKSHMAN, P. SAMARANAYAKE: Oral mycoses in HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(2): 171 - 180.

22.- RAMÍREZ, V.; GONZÁLEZ, A.; DE LA ROSA, E.; GONZÁLEZ, M.; RIVERA, I.; HERNÁNDEZ, C.; PONCE DE LEÓN, S.: Oral lesions in Mexican HIV-infected patients. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 482 - 485.

23.- RUBINSTEIN, A.; MORECKI, B.; SILVERMAN, M.: Pulmonary disease in children with acquired immune deficiency syndrome and AIDS-related complex. *J Pediatr* 1986; 108: 498 - 503.

24.- GODDART, D.; FRANCOIS, A.; NINANE, J.: Parotid gland abnormality in children seropositive for the human immunodeficiency virus (VIH). *Pediatr Radiol* 1990; 20: 355 - 357.

25.- COLEBUNDERS, R.; FRANCIS, H.; MANN, J.M.: Parotid swelling during human immunodeficiency virus infection. *Arch Oto-laryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 330 - 332.

26.- OSUJI, O.O.: Necrotizing ulcerative gingivitis and cancrum oris (noma) in Ibadan, Nigeria. *J Periodontol* 1990; 61(12): 769 - 772.

27.- SOBERMAN, N.; LEONIDAS, J.C.; BERDON, W.E.; BONGURA, V.; HALLER, J.O.; POSNER, M.; MANDELL.: Parotid enlargement in children seropositive for Human Immunodeficiency Virus: inagin findings. *AJR* 1991; 157: 553 - 556.

28.- GEHRKE, F.S.; JONHSEN, D.S.: Bottle caries associated with anti-HIV therapy (letter). *Pediatr Dent* 1991; 13(1): 73.

29.- HOWELL, R.B.; HOUP, M.: More than one factor can influence caries development in HIV-positive children (letter). *Pediatr Dent* 1991; 13(4): 247.

30.- GREENSPAN, J.S.; GREENSPAN, D.; LENNETTE, E.T.: Replication of Epstein-Barr virus within the epithelial cells of oral "hairy" leukoplakia, an AIDS-associated lesion. *N Engl J Med* 1985; 313: 1.546 - 1.571.

31.- FRIEDMAN - KIEN, A.E.: Viral origin of hairy leukoplakia. *Lancet* 1986; ii: 694 - 695.

32.- HELDRUP, J.; KALM, O.; PRELLNER, K.; BLOOD, T. and B.: Lymphocyte subpopulations in healthy infants and children. *Acta Paediatr* 1992; 81(2): 125 - 132.

33.- ERKELLER - YUKSEL, F.M.; DENEYS, V.; YUKSEL, B.; HANNET, I.; HULSTAERT, F.; HAMILTON, C.; MACKINNON, H.; STOKES, L.T.; MUNHYESHULI, V.; VANLANGENDONCK, F. et al.: Age - related changes in human blood lymphocyte subpopulations. *J Pediatr* 1992; 120(2 Pt 1): 216 - 222.

La boca del niño en la obra del Dr. Antonio Arteta

Romero Maroto, M.; López Nicolás, M.; García Ballesta, C.

Resumen

Se describen en este artículo las opiniones que sobre Estomatología Infantil aparecen en un libro publicado a principios del siglo XIX.

El libro, escrito por un médico que no ejerció la Odontología, nos acerca a los conocimientos que la profesión médica tenía de Odontopediatría en aquellos momentos, por lo que el texto tiene gran interés desde el punto de vista de la historia de nuestra especialidad.

Palabras Clave: Odontopediatría; Historia; Erupción; Lactancia.

Summary

We describe in this article the ideas that about pedodontics, appear in a book published in the beginning of nineteenth century.

This book, that was written by a doctor, who did not work in dentistry, let us know how much doctors knew about pedodontics in that period, and that is why this book is really interesting to understand the history of pedodontics.

Key Words: Pedodontics; History; Eruption; Lactation.

En 1801 se publica en Zaragoza la obra titulada "Disertación sobre la muchedumbre de niños que mueren en la infancia" de la que es autor el médico aragonés Antonio Arteta.

El Doctor Arteta, hombre muy introducido en la vida social aragonesa, como prueba el hecho de que fuera Dignidad de la Santa Iglesia Metropolitana de Zaragoza, consiliario primero de la Real Academia de San Luis, de Nobles Artes y socio de número y de mérito literario de la Real Sociedad Aragonesa de amigos del país, no se dedicaba a la estomatología, y de hecho su libro va dirigido a "advertir a la nación sobre la educación física de los niños en su infancia", pero en su obra aparecen una serie de nociones sobre la boca de los niños, de gran interés para la historia de la estomatología infantil española.

Analizaremos en este artículo sus ideas sobre estos temas.

I) Conceptos sobre lactancia con connotaciones odontopediátricas.

Las primeras referencias que en la obra de Arteta tienen connotaciones odontopediátricas aparecen cuando habla de las condiciones que deben exigirse a las nodrizas. Es cierto que no habla expresamente de "úlceras bucales de los niños", pero al hablar de las características y condiciones de vida de las nodrizas,

exigiendo una mezcla de condiciones físicas y valores morales, que demuestran que sigue vigente la idea de que por la leche se transmitía al niño no sólo salud o enfermedad, sino además unos ciertos valores o contravalores morales, así como al hablar de las características que debe reunir una "buena leche" (de buen gusto y olor, blanca, ni muy crasa ni muy tenue, no espumosa)⁽¹⁾, no deja de estar presente en sus textos la idea de que sólo así se pueden prevenir ciertas enfermedades de los niños.

Unamos eso a que la mayoría de los autores, que ya desde el siglo XV hablan de úlceras bucales infantiles, considera que el principal factor etiológico de éstas es la acrimonia de la leche y será fácil concluir que cuando Arteta, al igual que el resto de los autores, habla de condiciones de la nodriza y de cualidades de la leche, está refiriéndose de algún modo a la prevención de las úlceras bucales.

No es ésta la única patología bucal que podían sufrir los niños a causa de las nodrizas; las fisuras o grietas linguales y labiales, eran frecuentes en la época, y los autores apuntaban como factor etiológico fundamental una especial anatomía en el pecho de la nodriza, que tendría los pezones muy duros, erosionando así las mucosas del niño.

Autores como Francisco Núñez⁽²⁾, Lobera de Avila⁽³⁾,

Cristóbal de Vega⁽⁴⁾ y Gerónimo Soriano⁽⁵⁾ habían hablado antes de este factor etiológico, y ya en el siglo XVIII, otros autores como Jaime Bonells⁽⁶⁾, José Iberti⁽⁷⁾ o Santiago García⁽⁸⁾, describen cómo debe ser la anatomía ideal de un pecho que lacte. Arteta tampoco hablará expresamente de las fisuras labiales o linguales pero sí dice claramente que un pecho grande puede lesionar la boca del niño: "que sea de pecho ancho y de pechos medianos y también los pezones de ellos, porque los muy grandes ofenden la lengua y el paladar del infante y los muy pequeños apenas los pueden coger para mamar"⁽⁹⁾.

Al igual que ocurre con el resto de los autores con los que coincide, es sorprendente ver lo acertado de los juicios que en este campo emite Arteta, y es que el tema de las fisuras está pasando a un segundo plano, porque sus textos tocan claramente el tema de la deglución infantil y en ellos se hacen unas afirmaciones que se aproximan mucho a lo que hoy se sabe de este tema.

La longitud del pezón es un factor importantísimo en la nutrición infantil. Durante la alimentación natural la punta de la lengua sobrepasa el mamelón gingival inferior, pero no es posterior al pezón, el cual adquiere una forma cilíndrica mientras que la lengua lo recibe acanalándose. El bebé se alimenta vaciando la leche del pezón con la movilidad natural del chupeteo y regula la cantidad de leche que sale comprimiendo y descomprimiendo el pezón, de forma que la leche cae en la boca, donde comienza la predigestión por la saliva. Evidentemente un pezón largo podría llevar la leche hasta la faringe, suprimiendo la predigestión que se hace en la boca y un pezón muy grueso dificultaría los movimientos de la lengua y el control que el lactante ejerce sobre la cantidad de leche que sale. Sería mucho pedir que estos autores hubieran adivinado las consecuencias de alterar la deglución normal con insultos mecánicos como un pezón de tamaño inapropiado, ni siquiera hoy está absolutamente claro el tema, pero hay autores que piensan que esto es un factor predisponente para el desarrollo de una deglución atípica⁽¹⁰⁾.

En cualquier caso, lo que está claro es que Arteta afirma claramente que la anatomía del pecho de la mujer que lacta, influye de manera decisiva en la deglución que el niño realiza: "que los conductos o canales de los pezones por donde sale la leche, no sean cavemosos y muy abiertos, pues no es conveniente al infante salga de golpe con mucha abundancia la leche, ni tampoco muy estrechos que precisen al infante a hacer demasiada fuerza para mamar"⁽¹¹⁾. Respecto al final de la lactancia, Arteta es partidario de que no se produzca antes de que hayan erupcionado todas las piezas temporales: "Ningún niño debe dexar enteramente el pecho antes de haber hecho la perfecta dentadura o poco antes de ello. También se ha de cuidar de no destetarlos de repente, sino que desde que empiezan a salir los dientes debe irse disminuyendo la leche, e irles acostumbrando poco a poco a algún alimento más

sólido, y tanto se podrán aumentar los manjares sólidos, quanto van apareciendo más dientes especialmente molares"⁽¹²⁾.

Otros autores que habían publicado sus obras unos años antes que Arteta coinciden con él en esta idea, entre ellos José Iberti⁽¹³⁾, Domínguez Roseins⁽¹⁴⁾, Agustín Ginesta⁽¹⁵⁾ y Lorenzo Hervás⁽¹⁶⁾, al que Arteta cita en su obra: "Los infantes dice Hervás, no se han de estetar antes de los diez meses. Si son endebles deberán mamar a lo menos hasta los quince"⁽¹⁷⁾.

Aunque Arteta no lo cite, no podía ser raro que ante una lactancia tan prolongada, se produjeran lesiones en los pechos de las mujeres debido a los dientes del lactante, de hecho, Jaime Bonells ya había descrito estas lesiones en el siglo XVIII: "En el tiempo de la dentición suelen los niños morder los pezones alguna vez"⁽¹⁸⁾.

Y Pérez Arroyo, en una obra que se publica dos años antes que la de Arteta, escribe: "Se han visto niños con los dientes tan grandes, que ha sido preciso limar sus puntas, porque con ellos herían el pezón de sus madres"⁽¹⁹⁾.

Hay sin embargo un texto de alguna manera contradictoria con lo anterior: él es partidario de una lactancia prolongada, y no habla de las lesiones en el pecho de las mujeres que lactan, pero cuando justifica que el niño nazca sin dientes, sí afirma que si ocurriera lo contrario, estas lesiones serían frecuentes. "Como la naturaleza destinó los dientes para cortar y deshacer los alimentos sólidos, no se manifiestan ni ponen en estado de exercitar su oficio, mientras el infante, contento con la leche que le destinó la naturaleza por primer alimento, no llega al estado de usar los alimentos sólidos, pues los dientes no solamente no son necesarios para la leche, sino que le impedirían al infante para mamar bien y dañarían muchas veces el pecho de la madre"⁽²⁰⁾.

En otro texto, al hablar de la alimentación de los niños cuando están erupcionando las piezas dentarias, incide de lleno en temas odontopediátricos, pues afirma que los alimentos sólidos pueden alterar el proceso de formación dentaria. "Hay que evitar los alimentos sólidos que además de molestar las encías, resuelven y disipan la materia de los dientes"⁽²¹⁾.

II) Erupción

Cuando Arteta habla de la erupción de dientes temporales, hace referencia exclusivamente a incisivos y caninos, olvidando los molares. Aunque sitúa correctamente el momento de erupción de los incisivos, adelanta algo él de los caninos, pues el inferior suele erupcionar a los dieciseis meses y el superior a los dieciocho. Lo que más sorprende sin embargo, es que hable de erupción de caninos y no de primeros molares temporales, pues éstos erupcionan antes (a los doce meses el mandibular y a los catorce el maxilar), lo que hace que surja la duda sobre si no está confundiendo la

erupción de los primeros molares deciduos con la de los caninos. "Los incisores o los ocho primeros salen comúnmente desde los siete meses y hasta los diez o doce, los colmillos al año"⁽²²⁾.

Igual ocurre cuando habla de la exfoliación de la dentición temporal y erupción de las piezas dentarias definitivas, pues sitúa en el mismo momento la exfoliación de incisivos, caninos y primeros molares, lo que demuestra que conocía mal lo que hoy se denomina período de dentición mixta. Además esa afirmación suya de que a veces se retrasa la exfoliación de los caninos temporales con respecto a lo de los primeros molares, puede ser verdad en el maxilar, pero en la mandíbula normalmente erupciona antes el canino que el primer premolar.

Estos errores no hay que atribuírselos a Arteta, sino a su época, pues en los textos en que más se habla de erupción en ese momento como en el "curso completo de Anatomía del cuerpo humano" de Bonells y Lacaba⁽²³⁾ o en el "Tratado de las enfermedades de la boca sobre todas las partes del arte del dentista" de F. A. Peláez⁽²⁴⁾, se cita el mismo orden de erupción. Se acerca más a la realidad en el momento en que concluye la erupción y recuerda ideas generalizadas en la época al afirmar que la razón del recambio dentario es la necesidad de masticar alimentos más duros: "Los ocho dientes incisores, los cuatro colmillos y los cuatro primeras muelas que están junto a ellos suelen caerse hasta los siete años, y los colmillos tardan algunas veces más; pero les suceden luego otros más fuertes y duros por la necesidad de romper y quebrar en adelante manjares más duros y sólidos, de suerte que la dentadura del infante se completa comúnmente a los veinte meses y la del joven a los veinte años"⁽²⁵⁾. Aparece también en sus textos el tema de la variación de la erupción en el tiempo que atribuye al grado de salud que tenga el niño, y hace así referencia a los dientes natales (fenómeno que se daría en niños robustos) a las agenesias (fenómeno que se daría en niños débiles) e incluso a la anquilosis. En realidad Arteta, como él mismo reconoce, está repitiendo las ideas de Hervás Panduro, cuyos textos^(26, 27, 28) transcribe literalmente.

"La varía combinación de humores y gran robustez de algunos infantes pueden hacer que su naturaleza acelere la formación de algunos miembros, y por esto se han visto nacer algunos con dientes, y aun tenerlos una criatura que nació viva a los seis meses, así como por la razón contraria tardar mucho más en salir del tiempo ordinario y aún no salir jamás por haber padecido daño sus raíces, o haberse corrompido, habiéndose verificado tener algunas personas solamente las muelas, pero esto es casual y efecto de circunstancias extraordinarias.

La naturaleza ofrece varios fenómenos en las dentaduras. Algunos mudan los primeros dientes a los trece años y aún a los catorce, otros, habiéndolos mudado a los siete, los vuelven a mudar a los catorce.

Se han visto también algunos que los tenían unidos con las quijadas como un infante de Prusia"⁽²⁹⁾.

Como el autor que le sirve como guía, Arteta tiene grandes lagunas en el conocimiento del recambio dentario.

Hace también referencia Arteta a todos los problemas que originaba la erupción dentaria, que justifica por la dureza de la materia dental: "La naturaleza necesita en esta operación de un esfuerzo violento y doloroso para que los dientes lleguen a romper y penetrar la membrana exterior de la encía, pues aunque otras erupciones como la del pelo se hagan insensiblemente, no puede suceder así en los dientes por su materia, la cual por su dureza al romper la carne molesta necesariamente, causa dolores y produce varios accidentes"⁽³⁰⁾.

Tras explicar que estos problemas sólo suceden en la erupción de los temporales, "la primera salida de los dientes es sensible y dolorosa porque tiene que romper la superficie de las encías, pero la segunda, la que se hace a los siete o más años no es ya dolorosa, ni causa los mismos efectos, porque encuentra ya las encías agujereadas de la primera salida de los otros"⁽³¹⁾ describe los síntomas locales y generales del proceso:

"Son muy conocidas las señales de empezar a salir los primeros dientes en el infante, así por el calor de su boca que la madre siente al darle de mamar, como porque se inflaman las encías, se ponen rojas y después blancas cuando la opresión llega a punto de interceptar el curso de la sangre en los vasos, y también por el desasosiego y quejas del infante, y porque lleva continuamente su mano a la boca.

Algunas veces les resulta fiebre y otros accidentes, como flujo de vientre, tos, vigilia y otros que son excitados del dolor y de la solución del continuo"⁽³²⁾.

Respecto a los objetivos que debe perseguir el tratamiento de este proceso los resume en tres puntos: corregir los accidentes que se produzcan en el infante como fiebre, diarrea, tos, etc., facilitar la apertura de la encía y controlar los alimentos del lactante.

Respecto a facilitar la apertura de la encía, Arteta, que demuestra con sus citas haber leído a muchos autores de la época, no parece estar muy de acuerdo con el uso de los chupadores:

"Para ablandarlas (las encías) y lograr la mayor facilidad posible en la erupción de los dientes, prescriben mucho, y es el uso que prevalece, el que lleve por la boca el infante chupadores de marfil o de cristal bien redondos y sin alguna esquina, con lo que comprima suavemente las encías y facilite el pronto rompimiento de la membrana que impide la pronta salida de los dientes.

De esta opinión es Buffon, y con él Hervás, Betzki y Mercado, y este último prescribe cualquiera cosa dura, sea de

cristal, jaspe verde, hierro, oro o plata que comprima levemente las encías; pero otros, y a mi parecer con mucho fundamento, reprobaban para este efecto cuerpos tan duro como el marfil o cristal, y más si es hierro, oro o plata, pueda dexar de endurecer en lugar de ablandar las encías; fuera de que oprimidas éstas por las dos partes, por la de abaxo por el esfuerzo natural de los dientes y por arriba por un cuerpo muy duro, parece se ha de retardar la salida contra lo que se solicita⁽³³⁾.

Según él, para ablandar las encías es más conveniente usar otros productos como la corteza de pan, el regaliz o el malvavisco, si bien avisa que estos dos últimos pueden causar si se tragan, problemas digestivos.

Habla también de sustancias que pueden aplicarse tópicamente sobre la encía y cita a Paré que recomienda lenitivos simples, no fríos, a las "Efemerides médicos de Alemania que recomiendan la manteca fresca, la miel y el cremor de la leche"⁽³⁴⁾.

Y a Luis Mercado, que recomienda como sustancia a aplicar tópicamente el cerebro de liebre, cabrito o gallina⁽³⁵⁾.

Respecto al control de alimentos que debe realizarse cuando se sufre este proceso, Arteta lo extiende no sólo al bebé sino también al ama.

"Por regla general encargan los físicos prácticos que el infante debe estar en dieta y beber bien, y que la madre o ama de leche tengan cuidado de comer y beber como si tuvieran calentura. El uso de cosas frescas es bueno para las amas de leche. Mr. Betzki previene que este tiempo de la dentadura exige mucho cuidado, y que los alimentos crasos y groseros, ponen entonces en riesgo su vida.

Lo que más aprueba Mercado en punto a alimento es el caldo de pollo, mezclando en él unas migas de pan, dexandolas remoxar bien y darle este alimento dos veces al día, aumentando o disminuyendo la cantidad según el efecto, esto es, observando si echa bien los dientes y si lo digiere bien, lo que se conoce de si salen bien cocidos los excrementos y de su codicia o deseos de tomarlo"⁽³⁶⁾.

Para el momento de la erupción del canino, que por influencia de la obra de Galeno sigue considerándose la más peligrosa, Arteta dá también unas normas alimenticias:

"Para la salida de las muelas y de los colmillos (en cuyo tiempo regularmente ya no maman) encarga Betzki que se les dé el pan en trocitos muy menudos, y que debe hacerse lo mismo con qualquiera otro alimento sólido que se les dé.

Cuídese sobre todo, añade, que no coman ni beban cosas muy caliente, y esta observación es utilísima en todas las edades. Los alimentos más saludables para ellos son el pan, la buena sopa, la leche y algo de legumbres cocidas. Se les debe hacer abstener

de todo agrio, de ensaladas crudas y frutas, de manjares dulces y de toda especie de confitura y mucho más de picantes"⁽³⁷⁾.

En definitiva, no hay en su obra ninguna aportación nueva sobre el tratamiento de la patología eruptiva, pero sí hace una síntesis muy completa de todas las posibles terapias que se proponen en su tiempo, desde el tratamiento de los accidentes a los chupadores, pasando por la aplicación tópica de diferentes sustancias en la encía y por la fenestración o apertura quirúrgica de la encía, tratamiento que había sido muy utilizado por Paré, autor a quien Arteta cita en el último texto en que toca estos temas:

"Si no obstante estas precauciones los dientes no aparecen y viene calentura al infante, convendrá dice Paré, hacerle una pequeña incisión para facilitarle la salida de los dientes"⁽³⁸⁾.

III) Otros temas odontopediátricos

En los textos de Arteta encontramos una llamada a cuidar la dentadura temporal lo cual es realmente elogiado, considerando que esta llamada se hace en una época en que la población no dá ninguna importancia a los dientes, de hecho los profesionales que en ese momento (finales del siglo XVIII principios XIX) contactaron más directamente con la odontología como Peláez, Pérez Arroyo, o Abadía se quejan de que la gente no cuida su boca, del estado de la boca de sus conciudadanos e incluso de que la gente no va al dentista⁽³⁹⁾.

Quizá el lunar negro de esta llamada es que no lo hace con textos originales suyos, sino transcribiendo literalmente a Hervás Panduro⁽⁴⁰⁾. Leamos, en cualquier caso el texto, que igualmente podríamos leer en el libro "Historia de la vida del hombre" de Hervás.

"Suele haber mucho descuido en remediar los males de dientes o encías que padecen los niños y la experiencia en casos prácticos y funestos nos dice que no se debe despreciar ninguno de dichos males, pues el menor causa la pérdida de los dientes, que afea la boca, priva de comer muchas cosas sanas y convenientes a la salud, impide de hablar con claridad y hacer bien la primera digestión del alimento que se efectúa en la boca con la masticación"⁽⁴¹⁾.

Dentro de esta preocupación por la salud oral de los niños, Arteta recomienda una serie de medidas higiénicas, entre ellas el cepillado de los dientes para los niños. No existen en este momento muchos autores (exceptuando a Francisco Antonio Peláez) que recomienden el cepillado en los niños, si Arteta lo recomienda, es porque su fuente vuelve a ser Hervás Panduro, uno de los autores que más hincapié hizo en esta técnica de odontología preventiva. Por otra parte en los textos de Arteta, al igual que en los de Hervás, se observa claramente cómo se confundía la enfermedad periodontal

con el escorbuto:

"Conviene pues mucho tener cuidado de que los niños tengan muy limpia la boca, dientes y encías, porque sucede con frecuencia que se unen a éstas y a los dientes partículas viscosas de los manjares, cuya unión impide la delicada transpiración y circulación de los humores de las encías, y resulta la corrupción y excrecencia de ellas. En este caso el menor mal que se origina es la caída de los dientes, porque otras veces resulta escorbuto, lo que sucede si en la circulación de la sangre se han introducido tantas partículas putridas de las encías, que han bastado para alterar la masa de los humores. Para evitar estos daños se tendrá cuidado que los niños se acostumbren a enjuagarse la boca después de haber comido, y a limpiarse algunas veces los dientes con unos cepillejos y no con mondadientes y menos con agujas o alfileres"⁽⁴²⁾.

Finalmente Arteta recomienda otra serie de medidas preventivas relacionadas con la alimentación, encaminadas a que no se produzcan lesiones en el esmalte de las piezas dentarias. Es de destacar que recomienda que se eviten los dulces.

Lógicamente Arteta no podía conocer el mecanismo de producción de la caries, en que los hidratos de carbono juegan un papel fundamental, conocimiento que sólo fue posible después de que Willoughby D. Miller publicara en 1890 el libro "Microorganism of the human mouth", de hecho pocos autores recomiendan en ese momento que se evite la ingestión de dulces, quizá ésta sea otra influencia de Hervás que recomendaba no comer dulces, no en función de prevenir la caries, sino para prevenir la agnesia.

Veamos el texto de Arteta:

"Tampoco se les permitirá mascar huesos de frutas ni roer hueso alguno, porque todos estos yeren las encías y quebrantan el esmalte de la dentadura. También les perjudica el uso frecuente de comer cosas dulces"⁽⁴³⁾.

Comenta finalmente Arteta la posibilidad de dañar el germen de una pieza definitiva al extraer el temporal, por lo que recomienda evitar movimientos violentos.

"Se debe tener cuidado quando se mueven o están para caerse de no arrancarlos con violencia, porque se puede dañar la semilla dental, en cuyo caso no saldrán otros"⁽⁴⁴⁾.

Notas

- 1.- Arteta, A. (2) Pág. 28.
- 2.- Núñez, F. (11) Pág. 76.
- 3.- Lobera de Avila, L. (10) Pág. 89.
- 4.- De Vega, C. (17) Pág. 236.
- 5.- Soriano, J. (16) Pág. 45.
- 6.- Bonells, J. (3) Pág. 88.

- 7.- Iberti, J. (9) Págs. 107 - 108.
- 8.- García, S. (6) Págs. 40 - 42.
- 9.- Arteta, A. (2) Pág. 26.
- 10.- Segovia, M. L. (15) Págs. 73 - 89.
- 11.- Arteta, A. (2) Pág. 27.
- 12.- Arteta, A. (2) Pág. 123.
- 13.- Iberti, J. (9) Pág. 139.
- 14.- Domínguez Rosains, B. (5) Págs. 160 - 161.
- 15.- Ginesta, A. (7) Pág. 22.
- 16.- Hervás Panduro, L. (8) Vol. 1 Pág. 227.
- 17.- Arteta, A. (2) Pág. 122.
- 18.- Bonells, J. (3) Pág. 330.
- 19.- Pérez Arroyo, F. (13) Pág. 90.
- 20.- Arteta, A. (2) Pág. 84.
- 21.- Arteta, A. (2) Pág. 74.
- 22.- Arteta, A. (2) Pág. 87.
- 23.- Bonells, J. (3) Pág. 161.
- 24.- Peláez, F. A. (12) Pág. 32.
- 25.- Arteta, A. (2) Pág. 88.
- 26.- Hervás Panduro, L. (8) Vol. 1 Pág. 225.
- 27.- Hervás Panduro, L. (8) Vol. 1 Pág. 326.
- 28.- Hervás Panduro, L. (8) Vol. 1 Pág. 325.
- 29.- Arteta, A. (2) Pág. 88.
- 30.- Arteta, A. (2) Pág. 85.
- 31.- Arteta, A. (2) Pág. 89.
- 32.- Arteta, A. (2) Pág. 89.
- 33.- Arteta, A. (2) Pág. 90.
- 34.- Arteta, A. (2) Pág. 90.
- 35.- Arteta, A. (2) Pág. 92.
- 36.- Arteta, A. (2) Pág. 91.
- 37.- Arteta, A. (2) Pág. 93.
- 38.- Arteta, A. (2) Pág. 92.
- 39.- De Demerson, P. (4) Pág. 18.
- 40.- Hervás Panduro, L. (8) Vol. 1 Pág. 327.
- 41.- Arteta, A. (2) Pág. 93.
- 42.- Arteta, A. (2) Pág. 94.
- 43.- Arteta, A. (2) Pág. 94.
- 44.- Arteta, A. (2) Pág. 93.

Romero Maroto, M.; López Nicolás, M.; García Ballesta, C.

Correspondencia: Dr. Martín Romero Maroto. Calle Corazón de María, nº 84 - 1º E. Teléfono (91) 415 40 86. 28002 - Madrid.

Bibliografía

1.- ARQUÉS MIARNAU, R.: Historia anecdótica de la odontología. Barcelona. Salvat Editores. 1945.

2.- ARTETA, A.: Disertación sobre la muchedumbre de niños que mueren en la infancia. Zaragoza. Imprenta Mariano Miedes. 1801.

3.- BONELLS, J.: Perjuicios que ocasionan al Género Humano y al Estado las madres que rehúsan criar a sus hijos y medios para contener el abuso de ponerlos en ama. Madrid. 1786.

4.- DE EMERSON, P.: Del sacamuelas al dentista. Saber y práctica de los odontólogos en el siglo de las luces. Asclepio Vol. XLI. Fac. I. 1989. Págs. 3 - 92.

5.- DOMÍNGUEZ ROSAINS, B.: Disertación médica sobre los abusos que se notan en la educación física de los niños. Memorias académicas de la Real Sociedad de Medicina y demás ciencias de Sevilla. 1744. Págs. 151 - 170.

6.- GARCÍA, S.: Breve instrucción sobre el modo de conservar los niños expósitos. Madrid. 1798.

7.- GINESTA, A.: El conservador de los niños. Madrid. Imprenta Real. 1797.

8.- HERVÁS PANDURO, L.: Historia de la vida del hombre. Madrid. 1789.

9.- IBERTI, J.: Método artificial de criar a los niños recién nacidos. Madrid. 1795.

10.- LOBERA DE ÁVILA, L.: Libro del Regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y mujeres y de las enfermedades de los niños. Valladolid. 1551.

11.- NÚÑEZ, F.: Libro intitulado del parto humano. Madrid. 1580.

12.- PELÁEZ, F. A.: Tratado de las enfermedades de la boca sobre todas las partes del arte del dentista. Madrid. 1795.

13.- PÉREZ ARROYO, F.: Tratado de las operaciones que deben practicarse en la edntadura y método para conservarlo en buen estado. Madrid. 1799.

14.- RING, M. E.: Historia ilustrada de la odontología. Barcelona. Edic. Doyma. 1989.

15.- SEGOVIA, M. L.: Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. Buenos Aires. Edic. Médica Panoamericana. 1977.

16.- SORIANO, J.: Método y orden de curar las enfermedades de los niños. Zaragoza. 1600.

17.- DE VEGA, C.: Opera omnia nunc denovo publici iuris facta. Lyon. 1564.

El uso de psicofármacos para el control conductual en la clínica odontopediátrica

Valdemoro García, C.; Rojo Moreno, J.; Catalá Pizarro, M.; Zaragoza Fernández, A.

Resumen

Los autores, basándose en un modelo clínico apriorístico (diferenciación entre conductas ansiosas y conductas histéricas) analizan los resultados obtenidos cuando se usan Benzodiacepinas en el control de las conductas ansiosas y Neurolépticos en las conductas histéricas, en la clínica Odontopediátrica. Se realiza el estudio sobre 125 niños, que necesitaron premedicación para el manejo dental. Se usó Diazepan en 50 niños, Flurnitrazepan en 10 casos, Alimemazina en 40 y Clorpromazina en 25 niños. Se concluye en la necesidad de diferenciar grupos clínicos para el uso más racional de psicofármacos en Odontopediatria.

Palabras Clave: Odontopediatria; Psicofármacos; Manejo de la Conducta.

Summary

Based on an a priori clinical model (differentiation between anxious behaviour and hysterical behaviour), results are analysed when, in the Pediatric - Dentistry clinic, Benzodiazepines are used in the control of anxious behaviour and Neuroleptics in hysterical behaviour. A study of 125 children needing pre-medication for dental treatment was carried out. Diazepan was used with 50 childrens, Flurnitrazepan in 10 cases, Alimemazine in 40 cases an Clorpromazine in 25 cases. It is concluded that there is a need to differentiate clinical groups in order to make rational use of Psychoactive drugs in Pediatric - Dentistry.

Key Words: Pediatric Dentistry; Psychoactive Drugs; Behaviour Managements.

Introducción

Ciertamente el manejo del niño en la clínica dental es a veces difícil. En muchas ocasiones la habilidad, experiencia y la intuición psicológica permite al Odontopediatra salir airoso ante una situación muy incómoda como puede ser el no conseguir siquiera que el niño se siente en el sillón dental.

Esta situación origina en otros casos tal impotencia en el profesional, que fracasa en el acceso a la confianza del niño y consecuentemente fracasa en su acción terapéutica.

La Psicofarmacología nos ha aportado una fuente de recursos que nos permite en muchas ocasiones resolver la situación y de camino alzaprimar la confianza del propio terapeuta.

Dentro de los términos del Manejo de la Conducta, el uso de Psicofármacos es considerado una técnica restrictiva (ya que produce una alteración de la Conciencia). Nuestra intención con el uso de psicofármacos en Odontopediatria busca en un principio la finalidad restrictiva, pero no se queda en esto. Buscamos que en el caso de estos niños premedicados al mismo tiempo que utiliza-

mos psicofármacos, usando otras técnicas de manejo de conducta, alcanzar una desensibilización del niño ante la operatividad dental de manera que podamos conseguir que éstos puedan terminar sus tratamientos bucales sin premedicación o en otros casos, que se pueda comenzar nuevos tratamientos bucales sin el uso de psicofármacos. Es decir, y utilizando la terminología clásica, convertir a un niño no cooperador en otro, ahora, cooperador.

En este trabajo empírico hemos querido ofrecer nuestra valoración general con el uso de Benzodiacepinas y de Neurolepticos, y presentar datos de nuestra experiencia cuando identificamos el problema conductual.

Material y Método

Cuatro sustancias han sido utilizadas en este trabajo:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1°.- Benzodiazepinas: | - Diazepan (Valium) |
| | - Flurnitrazepan (Rohipnol) |
| 2°.- Neurolépticos: | - Alimemazina (Varialgil) |

- Clorpromazina (Largactil)

Hemos controlado 125 niños en los que fue necesario utilizar apoyo psicofarmacológico.

- En 50 niños hemos usado Diazepan.
- En 10 niños hemos usado Flurnitracépan.
- En 40 niños hemos usado Alimemazina.
- En 25 niños hemos usado Clorpromazina.

La elección de uno u otro psicofármaco se realizó considerando las variables:

- Tipo de Conducta que presentaba el niño.
- Y la Edad.

El uso de Diazepan y Alimemazina (Varialgil) lo hemos realizado siempre en niños con edad igual o menor a 10 años. El uso de Clorpromazina (Largactil) en niños con edad entre 11 y 14 años.

Diferenciamos dos grandes grupos

A/. Grupo con trastornos ansiosos y consecuentemente con conductas expresivas de la ansiedad, como son, **miedo, inhibición, hiperventilación, lloro ansioso...**

B/. Grupo que podemos definir como "Funcional", es decir, niños que ante el sillón dental presentan conductas llamadas por Krestchmer "Hipobúlicas" esto es, niños que se comportan en la clínica dental con **excitación descontrolada, lloros histéricos, reacción de huída, se agarran a la madre desesperadamente o se retuercen en el sillón.** Es frecuente ver en estas conductas comportamientos desordenados de huída (Fuga histérica), así como agazaparse en el suelo o en un rincón. Las conductas hipobúlicas son modificables en ocasiones por recursos repentinos como "voces de mando" o maniobra de manos sobre boca.

A los niños que pertenecían al primer grupo (grupo ansioso - 60 casos) administramos Diazepan (5 - 15 mgrs.) en una sola toma 1 hora antes de empezar el trabajo propiamente dental en 50 casos y Flurnitracépan (Rohipnol) en 10 casos (0'5 mgrs. a 1 mgr.).

A los niños que pertenecen al segundo grupo administramos Neurolépticos:

- 40 casos Varialgil en dosis de 1 mgr./Kg. de peso, una hora antes del trabajo dental.

- 25 casos (mayores de 10 años y menores de 15), Clorpromazina en dosis de 25 mgrs. una hora antes de comenzar el trabajo dental.

Consideramos el resultado del manejo de la conducta como **"Muy bueno"** cuando nos permitió un manejo de la conducta perfecto (niño sonriente). Consideramos el resultado **"Bueno"** cuando no fue perfecto pero sí asequible (niño tranquilo

aunque serio). Consideramos el resultado **"Regular"** cuando se hizo necesario el apoyo con Oxido Nitroso u otros métodos ya que el niño estaba inquieto y lloroso. Por último, consideramos el manejo de la conducta como **"Malo"** cuando éste fue imposible.

Resultados

Los resultados los presentamos a continuación.

a/. En primer lugar los resultados aportados para el manejo de la conducta mediante el uso de Benzodiazepinas. Tras asignar el niño al grupo ansioso, el manejo de la conducta tras la administración de Diazepan, fue muy bueno en la mayoría de los casos, tal como mostramos en la Tabla I.

GRUPO ANSIOSO		
Tratamiento con Diazepan (5 - 15 mgrs.)		
50 casos entre 3 y 11 años		
<u>Permitió un control de la conducta:</u>		
Muy bueno	36 casos	72%
Bueno	7 casos	14%
Regular	6 casos	12%
Malo	1 caso	2%

Tabla I.

Cuando usamos FLURNITRACEPAN (Rohipnol, 0'5 - 1 mgr.).

Lo utilizamos en 10 niños. Su administración se realiza, sólo cuando el niño es muy pequeño y el uso del diazepan no es suficiente, y además no podemos utilizar técnicas de manejo por el bajo grado de comprensión del niño, siendo también que el tiempo de tratamiento en estos casos en el sillón dental era muy largo. Lo que buscamos fue una restricción sin más ya que no era posible diferenciar en estas edades el tipo de conducta.

El Resultado fue siempre muy bueno con un importante grado de alteración de la Conciencia. Los niños estaban muy confusos tras la administración de este psicofármaco. En los diez casos sólo tuvimos dos fracasos debido a que el sueño era tan profundo que no nos permitió trabajar con abre bocas. En estos niños se usó Diazepan en enemas y se realizaron los tratamientos de forma más continuada, pero más corta.

b/. En segundo lugar, mostramos los resultados obtenidos cuando nos apoyamos en los neurolépticos para el manejo de la conducta.

En Cuarenta casos utilizamos Alimemazina (Varialgil, gotas), siendo todos ellos niños menores de 11 años, y predominaban las conductas "Histéricas" o también llamadas "Funciona-

les" (excitación descontrolada, reacción de huída...). Partiendo de esta agrupación, el resultado fue muy bueno en la mayoría (62'5%), tal como se muestra en la Tabla II.

GRUPO "HISTÉRICO" O "FUNCIONAL"			
Tratamiento con el Neuroléptico Alimemazina (Varialgil)			
40 casos menores de 11 años			
(En gotas. Dosis de 1 mg./Kgr. de peso)			
Permitió un control de la conducta:			
Muy bueno	25 casos	62'5%	
Bueno	8 casos	20%	
Regular	7 casos	17'5%	
Malo	0 casos	--	

Tabla II.

Igualmente obtuvimos muy buenos resultados, (76%) en el control de estas conductas cuando los niños eran más mayores (entre 11 y 15 años) y usábamos el Neuroléptico Clorpromazina, tal como podemos observar en la Tabla III.

GRUPO "HISTÉRICO" O "FUNCIONAL"			
Tratamiento con Neuroléptico Clorpromazina (Largactil)			
25 casos entre 11 y 14 años			
(Dosis única de 25 mgrs. por vía oral)			
Permitió un control de la conducta:			
Muy bueno	19 casos	76%	
Bueno	4 casos	16%	
Regular	2 casos	4%	
Malo	1 casos	--	

Tabla III.

Discusión y Conclusiones

Para concluir, somos conscientes de que esta aportación es preliminar y su fundamento es de carácter empírico. Son los primeros datos obtenidos de la observación clínica, que nos han motivado a continuar, con una metodología más rigurosa, ya en preparación, en nuestro departamento. Aunque conscientes de lo anterior sin embargo, nos apoya nuestra convicción de que mediante la diferenciación clara de los grupos clínicos (el Ansioso y el Funcional), el uso psicofarmacológico ofrece una ayuda excelente en Odontopediatría (Fig. 1).

La elección de benzodiazepinas para tratar al Grupo Ansioso se debe a la acción específica ansiolítica demostrada en estas sustancias desde su descubrimiento en 1957. La fijación de las benzodiazepinas a su receptor determinan una modulación del

Sistema Gaba, aumentando la afinidad del receptor Gaba por su ligando. Como señala J. A. Bueno, desde el punto de vista farmacológico, su acción específicamente ansiolítica, sus buenos márgenes de seguridad y el bajo nivel de efectos adversos, los determina como fármacos de elección en los trastornos de ansiedad, frente a otras sustancias tales como el Meprobamato o barbitúricos que no son ansiolíticos, sino verdaderos sedantes.

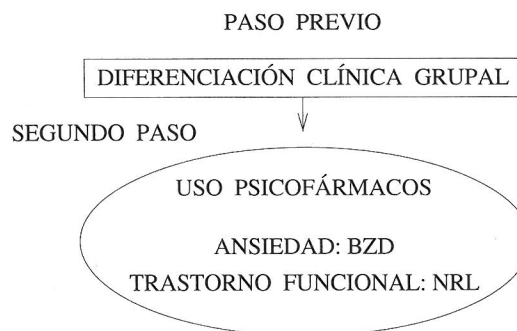


Fig. 1.

En la conducta "histérica", hemos utilizado Neurolépticos (Alimemazina en niños pequeños y Clorpromazina en los mayores). Los neurolépticos fueron llamados "Tranquilizantes Mayores" en contraposición a los "Tranquilizantes Menores" (Benzodiazepinas). Se utilizan en muchos cuadros de Agitación en trastornos Psiquiátricos y especialmente se recomienda en el tratamiento psicofarmacológico de la crisis histérica (Rojo Sierra, 1984). La experiencia psiquiátrica muestra que es más resolutivo en estas crisis funcionales que los ansiolíticos benzodiazepínicos.

En nuestro trabajo partimos "a priori" de la **diferenciación clínica** (Grupo Ansioso - Grupo Funcional), buscando en este campo de investigación (manejo de la Conducta en Odontopediatría) pilares que permitan el uso coherente de los Psicofármacos en esta disciplina. Por diversas razones metodológicas, como el uso de fármacos diferentes a los nuestros o el no realizar la previa diferenciación grupal, no hemos podido comparar nuestros resultados con los de otros autores como J. Shapira o K. R. Doring y, también por otra parte no hemos podido comparar nuestros resultados, debido a las diferencias de edad en las poblaciones de estudio, con escalas de ansiedad y miedo que en su mayoría se utilizan en pacientes adultos como ocurre en el trabajo de A. A. Weiner al usar el "Fear Questionnaire".

En definitiva, los resultados de nuestra observación clínica **en niños** nos muestran la utilidad de estos medicamentos en estos grupos, -previamente diferenciados por la clínica conductual-, en tratamiento dental, con un porcentaje de éxitos muy aceptable para el uso diario en la clínica odontológica.

Valdemoro García, C.: Odontóloga, Psiquiatra, Profesora Asociada de Odontología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia; Rojo Moreno, J.: Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia; Catalá Pizarro, M.: Profesora Titular de Odontopediatría, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia; Zaragoza Fernández, A.: Profesora Asociada de Odontopediatría, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia.

Bibliografía

- 1.-BUENO, J. A.; SABANÉS, F.; SALVADOR, L.; GASCÓN, J.: Psicofarmacología Clínica. Salvat Editores, S.A. 1988.
- 2.-DORING, K. R.: Evaluation of an alphaprodine - hydroxyzine combination as a sedative agent in the treatment of the pediatric dental patient. J. Am. Dent. Assoc; 111, 1985: 567 - 76.
- 3.- ROJO SIERRA, M.: Lecciones de Psiquiatría. Tomo III. Edita Promolibro. Valencia. 1984.
- 4.- SHAPIRA, J.; HOLAN, G.; GUELMANN, M. CAHAN, S.: Evaluation of the effect of nitrous oxide and hydroxyzine in controlling the behaviour of the pediatric dental patient. Pediatric Dentistry; 14(3), 1992: 167 - 170.
- 5.- WEINER, A. A.; SHEEHAN, D. V.; JONES, J.: Dental anxiety - the development of a measurement model. Acta Psychiatr. scand. 1986; 73: 559 - 565.

Afecciones quirúrgicas en la Odontopediatría del siglo XVI

Romero Maroto, M.; Maset Campos, P.; López Nicolás, M.; García Ballesta, C.

Resumen

El siglo XVI supone la época dorada de España, que pasa a convertirse en una potencia mundial.

En el campo de la medicina, la cirugía comienza un desarrollo progresivo, siendo aceptada en las universidades.

En este trabajo se revisan los temas de cirugía oral infantil más tratados por los autores de la época y las soluciones que aportan para su curación.

Palabras Clave: Historia; Cirugía oral infantil.

Summary

Sixteenth century represents a golden period for Spain that becomes a world power.

In the field of medicine, surgery starts a progressive development that leads it to be accepted in spanish universities.

In this article we review the themes of infantile oral surgery that are more deeply studied by the authors of that period and the treatments they propose to heal these affections.

Key Words: History; Infantile oral surgery.

El siglo XVI, supone la edad dorada para España, convertida en una potencia mundial que posee la mayor parte del Nuevo Mundo, y cuya hegemonía está apoyada además por el aumento demográfico y la expansión económica.

Nuestros médicos tuvieron ocasión de relacionarse con los de otros países como Italia, Francia y Flandes y a la vez se empezaron a introducir en nuestro país y a través de España en Europa, otros remedios médicos procedentes de la botánica del Nuevo Mundo.

En este siglo, la cirugía es aceptada por primera vez, en las

facultades de medicina, siendo pioneras las Universidades de Valencia y Salamanca. Poco a poco esta rama de la medicina se fue dignificando y ocupando un lugar importante en el mundo científico.

Entre los libros de texto más estudiados podemos citar los de Lanfranco, Guido de Chauliac, Giovanni de Vigo, Houllier y Amato Lusitano, pero durante este siglo se enriqueció mucho la bibliografía quirúrgica española y algunos textos de autores españoles tuvieron gran repercusión fuera de nuestras fronteras.

Dentro de este florecimiento bibliográfico se produce, dentro de los libros de cirugía, un gran auge de textos dedicados a cirugía bucal infantil.

Veamos los temas, más frecuentemente estudiados en los textos de la época.

Ránula

La ránula es posiblemente la patología de las glándulas salivares en que más se incide en esta época. Actualmente, el término ránula se utiliza de un modo laxo para designar una lesión quística de pared gruesa, localizada en la porción anterior del suelo de la boca y que engloba entidades como el mucocelo de las glándulas sublinguales y una lesión rara y profunda, que con frecuencia se extiende más allá del músculo milohioideo.

En el siglo XVI, Damián Carbón de Mallorca describe el proceso como un hinchazón bajo la lengua, que se forma por humedades, de consistencia dura y que impide al niño mamar⁽¹⁾.

Entre los cirujanos que tocan el tema, figuran Dionisio Daza Chacón, cirujano del emperador Carlos V y de Juan de Austria, que lo considera de origen vascular y lo atribuye a un humor semejante a la clara de huevo.

"Es un tumor que fe haze en las partes de la lengua principalmente en las venas que allí ay, como lo dixo Aecio, femejante a vna cabeça de rana como lo dix Alfarabio, el qual impide la lengua de fus obras y viene mas frecuentemente en los niños como lo dixo Paulo. El humor que haze este tumor es tan femejante a vna clara de hueuo que con grandisima dificultad puefta efta en vna efcudilla y el humor en otra fe conoce qual fea la clara y qual el humor"⁽²⁾.

En otro texto diferencia las características clínicas del proceso, en función del humor causante y habla de esa posible extensión por el cuello.

"Quando fe caufa de flegma la color es blanco y abunda mucha humedad y quando ay mezcla de melancolia efte color es aberengenado y ay dureza y poca humedad; fi fe caufare de fangre grueffa fe conocera por el rubor, calor y bermejura que tiene el tumor y algunas vezes viene calentura y oarafe el cuello y la cara muy bermeja. Pero efte acaece muy pocas vezes"⁽³⁾.

Respecto al tratamiento, advierte que la ránula puede suponer una urgencia quirúrgica porque si crece mucho puede ahogar al paciente. Recomienda que se ordene la dieta del paciente, las purgas y las sangrías. Entre la medicación que recomienda, cabe citar el agua de sal, el salitre, el amoníaco, el azafrán, las bellotas mezcladas con pimienta, incienso y miel o el orégano con cortezas de granada.

Toca también el tema Juan Calvo, catedrático de cirugía en la Universidad de Valencia, que afirma que si la ránula es más frecuente en los niños, es porque en ellos abunda más el humor flemático; coincide con Daza en la descripción clínica del proceso, según el humor causante, y explica los problemas que el proceso acarrea.

"Todos los que tienen esta enfermedad tienen gran dificultad en tragar lo que comen y beuen. La caufa es porque tragar qualquier cofa fe ha de retraer la lengua azia fu principio y juntamente con el efotago y quando ay ranula no fe puede bien retraer y afsi no pueden bien engullir. También tienen dificultad en la respiracion porque la ranula comprime a la trachiarteria"⁽⁴⁾.

Respecto al tratamiento, recomienda también ordenar la dieta del enfermo y realizar purgas y sangrías. Entre los tratamientos médicos que propone, destacan una mezcla de orégano, cortezas de granada y sal o, el vinagre cocido con sal y alumbre, pero ya apunta el tratamiento quirúrgico:

"La tercera intención es la que pertenece al cirujano y es quitar la caufa conjunta y quitar la ranula"⁽⁵⁾.

Finalmente, Juan Fragoso, cirujano de cámara de Felipe II, piensa también que se origina en las venas situadas debajo de la lengua y afirma que puede ser carne añadida a un absceso flemático, causado por un humor que baja de la cabeza. Recomienda tratamientos como vinagre cocido con alumbre y sal, polvos de orégano o de granadas, sal amoníaco y agallas, y describe la técnica quirúrgica con lanceta:

"Damos una lacetada y fale un humor como clara de hueuo, depues echamos vn poco de vitriolo y lauamos co vino y vinagre caliete"⁽⁶⁾.

En otro texto y debido a las frecuentes recidivas de la

ránula, modifica su propia técnica quirúrgica, dejando a un lado la lanceta, y hace alusión a la idea, bastante extendida en la época y fomentada por ilusionistas, de que dentro de la ránula había una rana viva.

"Suelen eftas ranulas depues de abiertas, tornarfe a henchir por donde me contenta lo que dize Ambrofio Pareo q para q fe curen feguramente, fe abran con cauterio, y no con lanceta, porq torna y para hazer esta obra pinta vn infrumento llano de hierro, con cierto agujero y concauidad enmedio (algo femejante al tieto por do fe mete el cauterio para hazer fuertes) para que entrado por alli el tumor fe abra fin ofensa de la boca, notando q al mismo tiepo fe apriete el dedo pulgar por debaxo de la barba, para q fe maniefte mas la ranula: la qual abierta, fe lauara la boca con cozimiento de ceuada y miel y açucar. Tambien fe cura depues de abierta con fuego, y cayda la coftra aplicamos en la mezcla polvos de Ioannes, mezclados con miel rofada, y con folo efte medicameto defde el principio hafta el cabo fe extirpa la rayz, y fe viene a cicatrizar y fi ay cocuidad notable, xeringamos con cozimiento de ceuada, rofas, lentejas y agenxos mezclados miel rofada y del mismo poulo. Y también fe enxagua con cocimiento de enciefo y almaciga y myrra en vino blanco. Pero lo que mas ay que notar es un auifo de Rafis, el qual dize que ay algunos que haze encreyente que facan una ranilla, y es que hecha la abertura meten alli luego una molleja de carne pagajofa q ellos lleuan y de prefto la facan y lo mismo hazen los falfarios en los caracatones fingiendo q facan de alli el animal viuo q ellos lleuan"⁽⁷⁾.

Frenillo lingual

Es Juan Fragoso, el autor que más a fondo toca en este siglo el frenillo lingual. Lo considera una estructura anatómica normal, que sólo debe tratarse si es muy grande, teniendo entonces cuidado de no dañar estructuras vasculares o nerviosas.

"El frenillo que los griegos llaman Ancygloffon, los latinos ligatio linguae y los modernos hilo o atadura de la lengua es de fufancia neruiofa: Nace de aquella tunica q cubre la lengua y toda la boca. Formole naturaleza para refrenar la lengua poruqe no faliefe mas de lo neceffario: Aunque algunas vezes le afe tanto que impide la habla y el mamar y afsi las parteras curiosas arriman el dedo a la boca del niño recién nacido por fi aquel hilo de la lengua esta mas afido de lo jufto. Pero fi andando el tiempo aparece fe les corta guardando vn as venillas que dize Paulo eftan efcodidas y huyendo (como adierte Realdo) de dos neruezillos que abaxan ali, del feptimo par de los fefos"⁽⁸⁾.

En cuanto a la edad de la intervención, piensa que los niños deben ser algo mayores que recién nacido, y confunde lo que es el frenillo, con otras lesiones, como restos cicatriciales.

"Fe haze debaxo de la lengua una enfermedad llamada

frenillo el qual unas vezes es natural, que nacen con el, otras vezes viene por accidente despues de nacidos procediendo de algun otro efecto preternatural como es dureza de cicatriz hecha por alguna llaga de huuo debaxo de la lengua. Cortado el frenillo de naturaleza (En los que fon algo mayores que los niños recién nacidos) fe ha de lauar luego la boca con el oxycrato: Y en la cortadura, fe ponga una mechuela con xarabe rofado o con miel rofada, por ocañon que no torne a cerrar y efto conuiene mas de noche quando no fe mueuen las partes de la boca. Para lo mismo aprouecha traer el dedo por alli y menear mucho la lengua y facarla⁽⁹⁾.

Es curioso como piensa que también haciendo ejercicios linguales, puede mejorar el frenillo.

Cuando el frenillo es corto y grueso y ante el peligro de hemorragia, sustituye la cirugía por un hilo que rompe el frenillo a base de presión:

"Acontece fer tan grueffo y corto el frenillo y apretar tanto la lengua, que no fe puede cortar con hierro fin que fe paffafe con una aguja apretando cada dia mas el hilo hafta que fe vaya poco a poco confumiendo y rompiendo el mismo frenillo"⁽¹⁰⁾.

Bartolomé Hidalgo de Agüero, Catedrático de Cirugía en Sevilla y cirujano del Hospital del Cardenal, se limita a describirlo.

"La parte que dizen frenillo es como hilo y neruifo por nacer de la tunica que cubre la lengua y toda la boca. Efte firue de refrenar la lengua que no falga fuera mas de lo jufto"⁽¹¹⁾.

Frenillo labial

En cuanto a la frenectomía labial, su indicación en el siglo XVI, poco tiene que ver con la indicación actual de permitir junto a un tratamiento ortodónico, el cierre de diastemas. En el siglo XVI la indicación de esta frenectomía es fundamentalmente la cura de los lamparones, así, Pedro Aria Benavides, cirujano que ejerció en Guatemala y México, afirma al hablar de esta enfermedad:

"Afsi mismo le ha de quemar dos neruezitos que eftan en los labios de la boca que los tienen afidos como frenillo de criatura"⁽¹²⁾.

Francisco Díaz añade otro tratamiento, también bucal, para esta enfermedad: Cortar las venas que hay debajo de la lengua.

"Dar unos cauterios en el labio de arriba entre la enzia y el mismo labio en aquella parte que parece frenillo. Vi tambien a vn capitán ciciliano cortar de rayz las venas que eftan debaxo de la lengua, es remedio marauillofo y yo le e ufado y hecho muchos y buenos cafos co este remedio"⁽¹³⁾.

Juan Fragoso cita también este mismo tratamiento:

"Si para curar lamparones es remedio cortar las ternillas de la boca?. Acerca defta cura dudan algunos fi es buen remedio defte mal, cauterizar las ternillas de las orejas y cortar el frenillo q efta encima de los dientes debaxo del labio con vn caverterio, y las dos venas q vienen alli"⁽¹⁴⁾.

Los lamparones no son sino ganglios infartados y posiblemente a causa de ellos, la frenectomía labial se realizara con mucha frecuencia a los niños, pues la enfermedad aparecía más frecuentemente en ellos, como se deduce de las palabras de Francisco Díaz:

"Lamparones nafce de la flegma que llamamos vitreo nafce en qualquiera parte del cuerpo humano, pero por la mayor parte en el cuello, fobacos, ingles, miembros. Efta mas aparejados a padefcerle los muchachos"⁽¹⁵⁾.

Idea en la que insiste Juan Fragoso cuando al preguntarse si estos son contagiosos, se responde que sí, porque lo ve en muchos niños, cuyas amas tenían bubas⁽¹⁶⁾.

La frenectomía labial también se indica en esta época para otro proceso, esta vez bucal: las grietas de los labios o perillas y así, Bartolomé Hidalgo de Agüero, escribe:

"Y quando fe hazen eftas grietas por corrimiento de reuma, folemos cortar debaxo del labio una raya como frenillo y aprouecha"⁽¹⁷⁾.

Otros temas quirúrgicos

Es Juan Fragoso, el autor que en algunas citas aisladas hace referencia a otros temas quirúrgicos claramente relacionados con la estomatología infantil, así en un texto nos explica cómo se deben tratar las heridas de lengua, aportando como caso clínico un niño de tres años:

"Y porque acontece (aunque pocas vezes) herirfe la lengua, por cumplir con lo particular diremos algo breuifimamente de las heridas de la lengua. La lengua o fe corta del todo o en parte, a la larga o de trues, fi fe corta el todo no fe puede confolidar ni vnir, fi fe corta en parte fe cura cofiendola para lo qual tendra un miniftro la lengua con algun lienço blando y limpio, porque no fe le deslize y mientras daremos los puntos y cortaremos muy cerca del nudo por caufa de mafcar y porque no fe deshaga la coftura. Entretanto conuienen hordiates, almedrados, caldos y yemas de hueuos. Traera en la boca açucar rofada y xaraue de membrillos porque mantienen, alimpian y aprietan.

Vn muchacho de tres años cayo fobre vna piedra y como deuia poner la lengua entre los dientes con ellos mismos fe corto tan gran parte della que colgaua de folo una hbra de carne de fuerte que pareciera fer neceffario cortarla, pero confiderando el oficio nobilifimo que tiene del hablar y que naturaleza hafe muchas vezes

cofas fuera de lo que fe espera, fe cofio afsi partida y fue reftituyendo en fu habla bueno y fano⁽¹⁸⁾.

En otro texto y refiriéndose también a un niño, nos describe un cálculo sublingual, citando después a varios autores que previamente habían descrito este problema.

"En la boca fe engendran piedras (cofa q parece increíble) como vi en vn hijo de un bordador al qual fe le hizo vna hinchazo dura y carnofa debaxo de la lengua y le falio della vna piedra de tamaño y figura de vn gran piñon muy femejante a las que fe engendran en los riñones y porque penfaua el mancebo y fu padre que era hueffo, la parti luego entre los dedos y les moftr efcrito el mifmo cafo por Chentmano en fu libro de Doze generos de piedras, que fe crian en el cuerpo y miembros de los hombres con fus hiftorias y pintura de cada vna dellas. Corado Gefnero efcriere de Auezoar que vido vna piedra engendada debaxo de la lengua de vn hombre y quele eftoruaua el hablar, hafta que fe la facaron cafo es, de quien parece auer tratado Hipocrates en fus epidemias"⁽¹⁹⁾.

Finalmente, en sus textos aparece la única cita que en estos dos siglos hemos encontrado con respecto al paladar fisurado:

"Yo vi fin paladar vna muchacha de nueue años, hija de vn Bautifta italiano, la qual nacio afsi y fe crio fin mamar echandole la leche en la boca"⁽²⁰⁾.

Los niños fisurados solían morir en aquella época por la imposibilidad de mamar, como cuenta el italiano Fabricio, al hablar de este tema⁽²¹⁾.

Notas

- 1.- Carbón de Mallorca, D. (4). Pág. 65.
- 2.- Daza Chacón, D. (5). Pág. 348.
- 3.- Daza Chacón, D. (5). Pág. 348.
- 4.- Calvo, J. (3). Pág. 213.
- 5.- Calvo, J. (3). Pág. 214.
- 6.- Fragoso, J. (7). Pág. 257.
- 7.- Fragoso, J. (7). Págs. 257 - 258.
- 8.- Fragoso, J. (7). Pág. 169.
- 9.- Fragoso, J. (7). Pág. 169.

- 10.- Fragoso, J. (7). Pág. 169.
- 11.- Hidalgo de Agüero, B. (9). Pág. 218.
- 12.- Arias Benavides, P. (1). Pág. 160.
- 13.- Díaz, F. (6). Pág. 153.
- 14.- Fragoso, J. (7). Pág. 247.
- 15.- Díaz, F. (8). Págs. 147 - 148.
- 16.- Fragoso, J. (7). Pág. 247.
- 17.- Hidalgo de Agüero, B. (9). Pág. 121.
- 18.- Fragoso, J. (7). Págs. 169 - 170.
- 19.- Fragoso, J. (7). Pág. 32.
- 20.- Fragoso, J. (7). Pág. 74.
- 21.- Hoffman Axthelm, W. (10). Págs. 140 - 141.

Bibliografía

- 1.- ARIAS BENAVIDES, P.: Secretos de cirugía especial. Valladolid 1567.
- 2.- ARQUÉS MIARNAU, R.: Historia anecdótica de la odontología. Barcelona. Salvat Editores 1945.
- 3.- CALVO, J.: Cirugía Universal y particular del cuerpo humano. Madrid 1581.
- 4.- CARBÓN DE MALLORCA, D.: Libro del arte de las comadres o madras y del Regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Mallorca 1541.
- 5.- DAZA CHACÓN, D.: Práctica y teórica de cirugía. Valladolid 1584.
- 6.- DÍAZ, F.: Compendio de cirugía. Madrid 1575.
- 7.- FRAGOSO, J.: Cirugía Universal. Alcalá de Henares. 1581.
- 8.- GUERINI, V.: A History of dentistry. Nueva York. Milford House. I. N. C. 1969.
- 9.- HIDALGO DE AGÜERO, B.: Tesoro de la verdadera cirugía y vía particular contra la común. Sevilla.
- 10.- HOFFMAN - AXTHELM, W.: History of dentistry. Chicago. Quintessence. Publishing. C. O. 1981.
- 11.- MAGANTO PAVÓN, E.: El Doctor Frnacisco Díaz y su época. Barcelona. Eduard Fobregat editor 1990.
- 12.- RING, M. E.: Historia ilustrada de la odontología. Barcelona. Edic. Doyma 1989.
- 13.- SÁNCHEZ GRANJEL, L.: Cirugía española del Renacimiento. Universidad de Salamanca. 1968.
- 14.- SORIANO DE LA ROSA, C.: La obra quirúrgica de Dionisio Daza Chacón. Universidad de Salamanca. 1958.

In Memoriam Pedro Planas

A algunos compañeros, les parecerá raro, ver este artículo, precisamente en esta revista, pues al que no conozca su "vida", lo más que le suena, que era un Ortodoncista más o menos discutido.

La historia, ni diga falsedad ni calle verdad, reproduzco una parte de la carta que dirigí al autor del artículo "Consideraciones históricas acerca de la Odontopediatría" publicado aquí mismo, Vol. 2, Nº 3, XII, 93.

"Como miembro fundador de la S.E.O.P." y "antiguo" odontopediatra (aunque no en el concepto general que se tiene) y como veo te gusta la historia quiero aportarte algunos datos para tu conocimiento... en el año sesenta tuve la "desgracia" de conocer al Dr. D. Pedro Planas y esto cambió mi vida.

Por esta época, Odontopediatría en España, únicamente ejercía María Luisa Gozalvo (que había estudiado en U.S.A.).

En Noviembre del 62 en el Servicio de Odontología Escolar del Dr. Pericot (padre), tenía en la Plaza de España, ahí en Barcelona, se celebró el primer cursillo sobre Odontopediatría dictado por el Profesor D. Luis Bengoechea de la Universidad de Buenos Aires, traído de la mano del Dr. Planas. Unos meses más tarde publiqué en la Revista Española de Estomatología un trabajo

titulado: "Odontopediatría. ¿Necesidad Urgente?".

El Dr. Planas, creador de la Rehabilitación Neuro - Oclusal (R.N.O.), que es una filosofía, que engloba a toda la Odonto - Estomatología y que se fundamenta en la prevención y profilaxis, o bien en los tratamientos lo más precoces posibles, en los años cuarenta ya hablaba y hacía estos a partir de los tres - cuatro años.

Pedro, a pesar de sus ochenta y un años, parecía un recién graduado, pues seguía trabajando en una clínica con pulso firme, dando cursos, ilusionado pues su doctrina se había abierto camino en Europa e Iberoamerica. En París existe la Fundación Internacional Pedro Planas desde hace tres años. En el difícil mundo anglosajón empezaba a despertar "curiosidad" la R.N.O.

Para los que fuimos sus discípulos y sobre todo amigos, su pérdida física ha sido como un mazazo. Dios lo llamó a engrosar su lista de bienaventurados.

Adiós "MAESTRO" y un poco PADRE.

REZO.

Rafael García del Carrizo

COLABORAN:

- **Dra. Maite Briones Luján.** Profesora Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

- **Dra. Olga Cortés Lillo.** Profesora Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

- **Dr. José Enrique Espasa Suárez de Deza.** Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

- **Dr. Alfonso Jiménez Ruiz.** Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA ENCÍA EN RELACIÓN CON LOS DIENTES DECIDUOS Y PERMANENTES EN NIÑOS

Histologic characteristics of the gingiva associated with the primary and permanent teeth of children

Bimstein, E.; Matsson, L.; Soskolne, A. W.; Lustman, J. Pediatric Dentistry 1994; vol. 16, 3: 206 - 210

Se ha observado que la severidad de la respuesta inflamatoria gingival a la placa dental aumenta con la edad; este fenómeno se ha sugerido que puede estar relacionado con determinadas características histológicas de la encía.

En este trabajo, elaborado en la Facultad de Odontología de Jerusalén, se compararon los rasgos diferenciales del tejido gingival de dientes deciduos con el de dientes permanentes. Para ello, se sirvieron de un grupo de niños, que por necesidades del tratamiento ortodóncico, se les tenía que realizar extracción de dientes temporales y permanentes, siendo sus edades medias: $11'0 \pm 0'9$ y $12'9 \pm 0'9$ respectivamente; todos los dientes permanentes habían alcanzado la oclusión y ninguno de los dientes temporales estaba en fase activa de exfoliación; previamente se les practicó dos profilaxis, 14 y 7 días antes de la extracción con copa de goma y pasta, sin especificar tipo, además de indicárseles que se cepillasen al menos dos veces al día.

Los cortes de las biopsias gingivales se examinaron a través del microscopio óptico.

Todas las muestras presentaron signos de inflamación, incluidas las que no se acompañaban de signos clínicos de gingivitis; la inflamación estaba limitada al tejido conjuntivo adyacente al extremo apical del epitelio de unión.

Comparado el tejido gingival de ambos tipos de dientes, se hallaron las siguientes diferencias significativas:

a) El epitelio de unión era más grueso en los dientes temporales, lo que daría a este epitelio, menor permeabilidad a las

toxinas bacterianas y mayor resistencia al ataque inflamatorio.

b) Sólo en los dientes deciduos se encontró una migración apical del epitelio de unión; este fenómeno podría estar en relación con varios factores: la erupción pasiva, la respuesta del epitelio a la inflamación y el proceso de recambio dentario, esta última hipótesis vendría apoyada por el hallazgo de una cantidad significativamente mayor de leucocitos en la zona adyacente al extremo apical del epitelio de unión en los dientes temporales.

c) Se observó una mayor densidad de fibras de colágeno en el tejido conjuntivo situado bajo el epitelio bucal de la encía vestibular del diente temporal.

Los hallazgos histológicos reseñados en este estudio, confirman los resultados de otros anteriores, siendo una novedad la observación de una mayor densidad de fibras de colágeno en la encía vestibular del diente temporal que los autores atribuyen a la higiene bucal previa, no contemplada en otros trabajos. Otras características atribuidas a la encía de los dientes temporales: una capa epitelial más delgada y menos queratinizada del epitelio bucal, mayor vascularización del tejido conjuntivo y patrón menos organizado de fibras de colágena, no han sido confirmados en este trabajo.

Espasa, E.: Profesor Asociado de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

MORDEDURA DE UÑAS E INCLUSIÓN DE UN CUERPO EXTRAÑO: REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

Nail - biting and foreign body embedment: a review and case report

Hodges, E. D.; Allen, K.; Durham, T.

Pediatric Dentistry 1994; vol. 16, 3: 236 - 238

Se han encontrado diversos cuerpos extraños incluidos en los tejidos blandos de la cavidad bucal; pero este caso parece ser el primero que consiste en fragmentos de uñas, estando relacionado con el hábito de morderlas. Teniendo en cuenta la prevalencia de este hábito en la población infantil, creemos la conveniencia de reseñarlo.

Acudió al servicio de Odontopediatría de la Universidad de Nebraska un niño de 6 años y 10 meses de edad, con una historia médica previa de patología del oído medio e historia dental consistente en un hábito de morder y chupar un mucocele además de morderse las uñas.

El examen de tejidos blandos reveló un mucocele en labio inferior izquierdo y una gingivitis de erupción asociada a los

incisivos centrales superiores, recién erupcionados.

Se realizó excisión del mucocele, confirmado por la biopsia; cuando el paciente regresó para la revisión, continuaba observándose una inflamación en la encía del incisivo central superior derecho, sin otra afectación de tejidos blandos, ni historia de traumatismo. El examen radiográfico fue negativo, pero la exploración clínica reveló la presencia de un exudado purulento; el diente no era sensible de forma significativa a la percusión, pero sí lo era a la palpación. El sondaje vestibular mostró una bolsa de 10 mm., siendo el sondaje lingual normal. Se sospechó de la presencia de un cuerpo extraño y se procedió al desbridamiento y curetaje de la bolsa, hallando 15 fragmentos de uñas en el surco gingival; una vez solucionado el problema, se aconsejó que el paciente eliminase el hábito.

El hábito de morderse las uñas se considera trivial pero puede causar problemas médicos y dentales; además de la paroniquia recurrente y la infección subungueal crónica, el hábito severo se ha asociado con disfunción cráneo-mandibular, complicaciones ortodóncicas, pequeñas fracturas de bordes incisales, reabsorción radicular idiopática, gingivitis y por lo visto en este artículo, también con inclusión de cuerpo extraño.

Espasa, E.: Profesor Asociado de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO "EYBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY" PARA PREDECIR LA CONDUCTA DISRUPTIVA DURANTE UNA PRIMERA VISITA ODONTOPEDIÁTRICA

Evaluation of the eyberg child behavior inventory as a predictor of disruptive behavior during an initial pediatric dental examination

Dunegan, K.M.; Mourino, A.P.; Farrington, F.H.; Gunsolley, J.C.

The Journal of Clinical Pediatric Dentistry 1994; 18: 173 - 179

Los autores de este estudio trataron de comprobar si la conducta de los niños en casa podría predecir su conducta en el ambiente odontológico.

El objetivo del estudio fue investigar las relaciones entre el cuestionario "Eyberg Child Behavior Inventory" (ECBI), que es un cuestionario de valoración de las conductas de los niños en casa, y las conductas disruptivas de los niños durante su primera visita odontológica. De una muestra inicial de 43 pacientes se seleccionaron aquellos sin experiencia dental previa y sin enfermedad sistémica (categoría ASA 1 según la clasificación de la Academia Americana de Anestesiología). El estudio se realizó sobre los 18 pacientes que cumplían estos requisitos. La edad de los pacientes estaba comprendida entre los 40 y 55 meses. Los padres de los pacientes contestaron al cuestionario ECBI antes de

realizar la primera visita. Se dividió la primera visita en 5 fases: introducción al ambiente odontológico, exploración de tejidos duros y blandos, profilaxis con copa de goma, radiografías de aleta mordida, aplicación de flúor en cubetas. En cada fase se determinó si se producían las siguientes conductas pertenecientes a la escala de conducta de Carolina del Norte (NCBRS): levantar las manos, mover las piernas, llorar, resistencia oral física.

La mayoría de niños mostraron una conducta aceptable durante su primera visita. Cuatro conductas disruptivas explicaron el 92.9% de las respuestas de los sujetos en la primera visita. Estas fueron: levantar las manos durante la exploración intraoral, lloro o protesta verbal durante la profilaxis, resistencia física oral durante la profilaxis, resistencia física oral durante la fluorización. No se observaron diferencias significativas según raza o sexo.

Seis apartados del ECBI explicaron el 99.3% de las respuestas. Estos apartados son: no obedece hasta que es amenazado con castigo, llora, golpea a sus padres, insulta a amigos de su edad, busca llamar la atención constantemente, es inquieto.

Debido a que la muestra era reducida no se consiguieron resultados estadísticamente significativos al relacionar respuestas del ECBI (conducta del niño en casa) y la conducta durante la primera visita. Sin embargo las tendencias indicaron que las conductas de los niños en casa no eran útiles para predecir la conducta del niño en la consulta odontológica.

El cuestionario "Eyberg Child Behavior Inventory" puede ser útil para los padres, médicos y psicólogos ya que permite evaluar los problemas de conducta de los niños en casa. Sin embargo, este estudio indica que la conducta de los niños en casa no permite predecir cuál será su conducta en la consulta odontológica.

Jiménez, A.: Profesor Asociado de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

ANESTESIA DENTAL ELECTRÓNICA PARA NIÑOS: TÉCNICA Y PRESENTACIÓN DE 45 CASOS

Dental electronic anesthesia for children: technique and report of 45 cases

Croll, T.P., D.D.S.; Simonsen, R.J., D.D.S., M.S.

Journal of Dentistry for Children, 1994; vol. 61 (2): 97 - 104

La anestesia electrónica (A.E.) conlleva la aplicación de corrientes eléctricas que cargan las terminaciones nerviosas hasta que el estímulo doloroso es bloqueado. 3M, División Dental, ha introducido un aparato de A.E. para el control del dolor durante los procedimientos dentales.

Uno de los objetivos de este trabajo es describir el procedimiento para la utilización de la A.E.: los electrodos se colocarán uni o bilateralmente, en la región infraorbitaria o mentoniana según sea la localización maxilar o mandibular. La fasciculación muscular es un signo de haber alcanzado los niveles mínimos

terapéuticos. Debido a que se incrementa la circulación sanguínea queda una zona enrojecida en el lugar del electrodo que desaparece a los 15 minutos.

A continuación se presentaron 45 casos en los que se había utilizado la A.E. como método principal de control del dolor y en los que se habían realizado diversos tratamientos: colocación de anestesia local, dique de goma, obturaciones en dientes primarios y en dientes permanentes, extracciones de dientes primarios con la mitad de reabsorción radicular, tallados selectivos interproximales (disking) y cementado de aparatos ortodóncicos. Los resultados no se sometieron a un análisis estadístico ya que existían demasiadas variables como la utilización de óxido nitroso, umbral doloroso individual, que convertían el análisis en subjetivo y complicado. Observaciones: A.E. es útil en niños ansiosos pero cooperadores. No es un sustituto de otros métodos de control del dolor y puede complementarlos. En este trabajo, con A.E. bilateral consiguen un efecto suficiente para la mayoría de procedimientos en dientes primarios.

No obstante mejor no utilizar A.E. sola en los casos de pulpomotomías en dientes primarios o restauraciones donde es necesario la colocación de una corona y en las extracciones de dientes primarios con mínima o ninguna reabsorción.

Existen contraindicaciones médicas para el uso de la A.E.: pacientes con marcapasos, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebro - vascular, embarazo, dolor dental sin diagnosticar, tumor cerebral, problemas neurológicos, problemas cutáneos, problemas hematológicos.

Cortés Lillo, O.: Profesora Máster Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

EL EFECTO DEL SUEÑO EN LA SEDACIÓN CONSCIENTE

The effect of sleep on conscious sedation

Sanders, B. J.; Potter, R. H.; Avery, D. R.

The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 1994; vol. 18(3): 211 - 214

El propósito de este estudio fue determinar si el sueño preoperatorio puede tener efecto sobre el éxito de la sedación dental con hidrato de cloral e hidroxicina. Para ello se utilizaron 30 niños sanos con edades comprendidas entre los 18 y 61 meses y cuya conducta había sido valorada como negativa o muy negativa utilizando la escala de conducta de Frankl. Para lograr la sedación y así poder llevar a cabo el tratamiento dental a estos niños se les administró 50 - 60 mg./Kg. de hidrato de cloral, 15 - 35 mg. de hidroxicina y un suplemento adicional de 30 - 50% de óxido nitroso. Todas las sedaciones se administraron por la mañana y el período de espera fue de por lo menos 45 minutos. El día de la visita se les pidió a los padres que rellenaran un cuestionario en el que se les preguntaba sobre la actividad de sus hijos el día anterior, sus dietas, la hora de acostarse y las horas de sueño, con el fin de relacionar el éxito de la sedación con la percepción de los padres sobre el nivel de cansancio de sus hijos, el número de horas de sueño, la hora de acostarse y la edad del niño. Al terminar la visita, el dentista valoró el éxito de la sedación basándose en la conducta del paciente y para ello utilizó una escala subjetiva del 1 al 4, siendo el 1 un resultado excelente y el 4 el resultado más desfavorable. Esta escala permitió los análisis estadísticos de los resultados que se llevaron a cabo usando los tests no paramétricos de Mann - Whitney y Krusal - Wallis.

Los resultados fueron los siguientes:

- La percepción de los padres sobre el nivel de cansancio de su hijo no pudo correlacionarse con el éxito de la sedación.

- Fue mayor el éxito de la sedación en los niños que habían dormido un número adecuado de horas, y ésto fue significativo a un nivel de fiabilidad $p = 0'06$.

- No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la hora de acostarse (temprano, normal, tarde) y el éxito de la sedación.

- Hubo una diferencia notable en el éxito de la sedación cuando se compararon las edades de los niños, mostrando los mayores de 36 meses un éxito de la sedación significativamente más alto para un nivel de $p = 0'02$ que los niños de menor edad estudiados.

Briones Luján, M^aT.: Profesora Máster Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

ODONTOPIEDIATRÍA

El Sábado 21 de Enero de 1995 se celebrará en Valencia un Curso sobre "Tratamiento Periodontal en niños" dictado por el Profesor Dr. D. Pedro J. Martínez Canut.

Próximamente se remitirá programa e información detallados.

Junta Directiva S.E.O.P.

III CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

Durante los días 17, 18 y 19 de Noviembre de 1994 tendrá lugar en Granada el III Congreso de la Sociedad Española de Odontología Conservadora (S.E.O.C.), bajo la presidencia del Dr. D. J.M. Navajas.

Información:

Clínica Universitaria de Granada S.A.
Avda. Constitución, nº 20 - Edif. La Pirámide, Of. 104
Telf. - Fax (958) 29 57 86
18012 - GRANADA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOESTOMATOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

I Congreso Mundial de Profesionales de la Salud Bucodental. Valencia, del 3 al 6 de Diciembre de 1994.

Programa Científico preliminar:

- Sábado, día 3 de Diciembre:

~ 9'30 - 10'00 h.- Recogida de Documentación.

SALA A

~ 10'00 - 11'00 h.- Acto inaugural del Congreso.
~ 11'00 - 14'00 h.- Prof. Edmond P. Benque (Toulouse, Francia). "Epidemiología de las enfermedades periodontales". "Repercusiones sobre la enseñanza de la Parodontología en Europa del Sur".

SALA B

~ 11'30 - 14'00 h.- Mesa Redonda: "Patología Bucodental en la 3ª

edad y su relación con las medicaciones y dietas que toman". Coordina: Dra. D^a Pilar Candelas Alvarez.

~ 14'00 - 17'00 h.- Descanso para comer.

SALA A

~ 17'00 - 17'30 h.- Prof. Edmond P. Benque. "Gastos de Salud en Francia por periodontología".
~ 17'30 - 18'00 h.- Dr. D. Alfredo Malva Alonso (Madrid, España). "Factores sistémicos en la evolución de las destrucciones periodontales".
~ 18'3 - 21'30 h.- Prof. Raymond Bertolotti (S. Leandro, EE.UU.). "Eliminación manchas blancas: Ameloabrasión con ácido y abrasivo. PREMA: Ventajas y desventajas". "Barrillo, dentinario y permeabilidad dentinaria. Tabú sobre el ácido fosfórico y por qué es erróneo. Grabado total. Técnica Kanca Vs Fusayama. Selección de material".

SALA B

~ 18'30 - 21'00 h.- Mesa Redonda: "Perspectivas modernas en periodoncia". Coordinador: Prof. Carlos Mendieta Fite.

SALA D

~ 17'00 - 19'30 h.- Mesa Redonda: "Programas de salud bucodental: Coordinación entre Atención Primaria y Educación para la salud". Coordinadora: Dra. D^a Mercedes Andrés.

- Domingo, día 4 de Diciembre:

SALA A

~ 10'00 - 12'00 h.- Prof. Denis M. O'Mullane (Cork, Irlanda). "Prevención de las enfermedades dentales en grupo e individualmente". "Caries dental: etiología, diagnóstico y prevención con resinas restauradoras".
~ 12'30 - 14'00 h.- Prof. P. Mars (Porton Down, Salisbury, Reino Unido). "Últimas teorías microbiológicas sobre la patogenia de la caries".

SALA B

~ 10'00 - 12'30 h.- Mesa Redonda: "Ionómeros como medida preventiva al progreso de las caries". Coordinador: Dr. D. Hipólito Fabra Campos.

SALA C

- ~ 11'30 - 14'00 h.- Mesa Redonda: "La fluorización en los programas comunitarios". Coordinador: D. José L. Bosch García.

SALA D

- ~ 10'00 - 12'30 h.- Mesa Redonda: "Ética en Odontología". Coordinador: Dr. D. Juan Cerón Vivancos.
~ 14'00 - 17'00 h.- Descanso para comer.

SALA A

- ~ 17'00 - 19'00 h.- Prof. Martín Downer (London, Reino Unido). "Política gubernamental en la salud oral".
~ 19'30 - 21'30 h.- Prof. Miriam Salas Wadge (London, Reino Unido). "Epidemiología oral: Aspectos esenciales y detección de niveles de riesgo para una atención apropiada". "Estrategias preventivas y política sanitaria oral derivada de los hallazgos epidemiológicos".

SALA B

- ~ 17'00 - 19'30 h.- Mesa Redonda: "Cómo tratar al niño con características especiales en Odontología". Coordinadora: Dra. D^a Montserrat Catalá.

SALA C

- ~ 19'00 - 21'30 h.- Mesa Redonda: "Dieta saludable para una buena armonía corporal en las diversas etapas de la vida". Coordinador: Dr. D. Joaquín López Ruiz del Arbol.

SALA D

- ~ 17'00 - 19'00 h.- Mesa Redonda: "Riesgos laborales en odontología: patología infecciosa (Sida y Hepatitis B), patología sónica y patología radiológica". Coordinador: Dr. D. Javier Goiriena de Gandarias.

- Lunes, día 5 de Diciembre:

SALA B

- ~ 9'30 - 11'30 h.- Prof. Anthony S. Blinkhorn (Manchester, Reino Unido). "Evaluación y planificación de los programas de promoción de la salud oral". (Importancia de los medios de comunicación).
~ 12'30 - 13'00 h.- Prof. José Vte. Bagán Sebastián (Valencia, España). "Estomatitis aftosa recidivante".
~ 13'30 - 14'00 h.- Prof. Gerardo Rodríguez Bacierno (Bilbao, España). "Evolución de los presupuestos destinados a salud oral en los países de la C.E.".

SALA C

- ~ 9'30 - 12'00 h.- Mesa Redonda: "Prevención de la patología de la A.T.M. a través de una relación armónica entre oclusión y A.T.M.". Coordinador: Dr. D. Pascual Martínez Miñana.

SALA D

- ~ 11'30 - 14'00 h.- Mesa Redonda: "Perfil de los profesionales de la salud oral". Coordinan: HIDES - ATEHID.
~ 14'00 - 16'40 h.- Descanso para comida.

SALA A

- ~ 16'30 - 21'30 h.- III Festival del Diente. Realizado por el Centro de Formación Profesional "Juan Badal March".

SALA B

- ~ 16'30 - 17'00 h.- Dr. D. Gustavo Bertolotto Vallés (Argentina). "Demostración práctica de eliminación de una fobia dental".
~ 17'00 - 17'30 h.- Prof. Manuel Antón Radigales (Madrid, España). "Estética en Odontología".
~ 17'30 - 18'00 h.- Prof. Leopoldo Forner Navarro. "Búsqueda bibliográfica".
~ 18'30 - 19'00 h.- Dr. D. José Caballero Tarazón (Valencia, España). "Seguimiento del paciente con implante: higiene y cuidados de mantenimiento".
~ 19'00 - 19'30 h.- Prof. Javier Goiriena de Gandarias (Bilbao, España). "Cáncer oral: Prevención y diagnóstico".
~ 19'30 - 20'00 h.- Dr. D. Agustín Campos Ortega (Valencia, España). "Casos difíciles en salud oral y su tratamiento mediante rehabilitación oral".
~ 20'00 - 20'30 h.- Prof. D. José Vicente Pascual (Valencia, España). "Transposición de los caninos".
~ 20'30 - 21'00 h.- Prof. Juan Cobo Plana (Oviedo, España). "Conferencia sobre ortodoncia".

SALA C

- ~ 16'30 - 19'00 h.- Mesa Redonda: "El higienista dental en la nueva formación profesional específica introducida por la LOGSE". Coordinadora: Dra. D^a Asunción Domínguez Peris.

- Martes, día 6 de Diciembre:

SALA A

- ~ 9'30 - 10'00 h.- Dr. D. Jesús Héctor Boix Ruiz (Castellón, España). "Tratamiento de urgencia en la clínica

odontológica".

~ 10'00 - 10'30 h.- Prof. José M. Rodrigo (Valencia, España).

"Hepatitis B y Sida".

~ 10'30 - 11'30 h.- Prof. D. José A. Canut Brusola. "Prevención de maloclusiones en la infancia".

SALA B

~ 9'30 - 12'00 h.- Dr. D. Verluf Skovsgaard. "Ergonomía: Trabajo a 4 y 6 manos". Empresa FLEX DENTAL.

SALAS A, B y C

~ 12'00 - 13'00 h.- Asambleas de las Sociedades organizadoras.

~ 13'00 - 14'00 h.- Acto de Clausura.

Presidente del Comité Organizador:

Dr. D. José Manuel Roig García (SEOEPYC)

Secretaría Técnica:

Viajes Levante Tours, S.A.

C/. Albacete, nº 19 • 46007 - Valencia (España)

Telf. (96) 342 04 22

Télex 62116

Fax (96) 341 57 04

Srtas. Yolanda y Concha

BRITISH SOCIETY OF PAEDIATRIC DENTISTRY

Reunión Anual: 15 - 17 de Septiembre de 1994

Información:

Dr. M. A. Pollard

Division of Child Dental Health

Leeds Dental Institute

Clarendon Way

Leeds LS2 9LU:

Fax Nº 0532 336140

BRITISH SOCIETY FOR PAEDIATRIC DENTISTRY

1995, 25 - 30 de Mayo, San Francisco

AUSTRALIA/NEW ZEALAND ACADEMY OF PAEDIATRIC DENTISTRY

1995, 25 - 27 de Agosto, Queenstown NZ

IAPD

1995, 8 - 11 de Junio, Goteborg, Sweden

Información:

Dr. S. Edward, U. of Goteborg, Odontology

Victor Bensow gata, S - 413 90

Goteborg, Sweden

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 comité científico de la S.E.O.P. 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 a la **secretaría técnica** de la S.E.O.P. enviando duplicado tanto del texto como de las 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.

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.- *Materiales y métodos*: 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 aquéllas 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 bibliográficas deberán consignarse en el texto, en numeración arábiga consecutiva, entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores. Cuando se mencione a éstos si se trata de un trabajo realizado por dos se mencionarán ambos y si son más se citará el primero seguido de la abreviatura et al. La referencia entera se presentará al final del trabajo

según el orden de aparición en el texto y con la correspondiente numeración correlativa.

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.

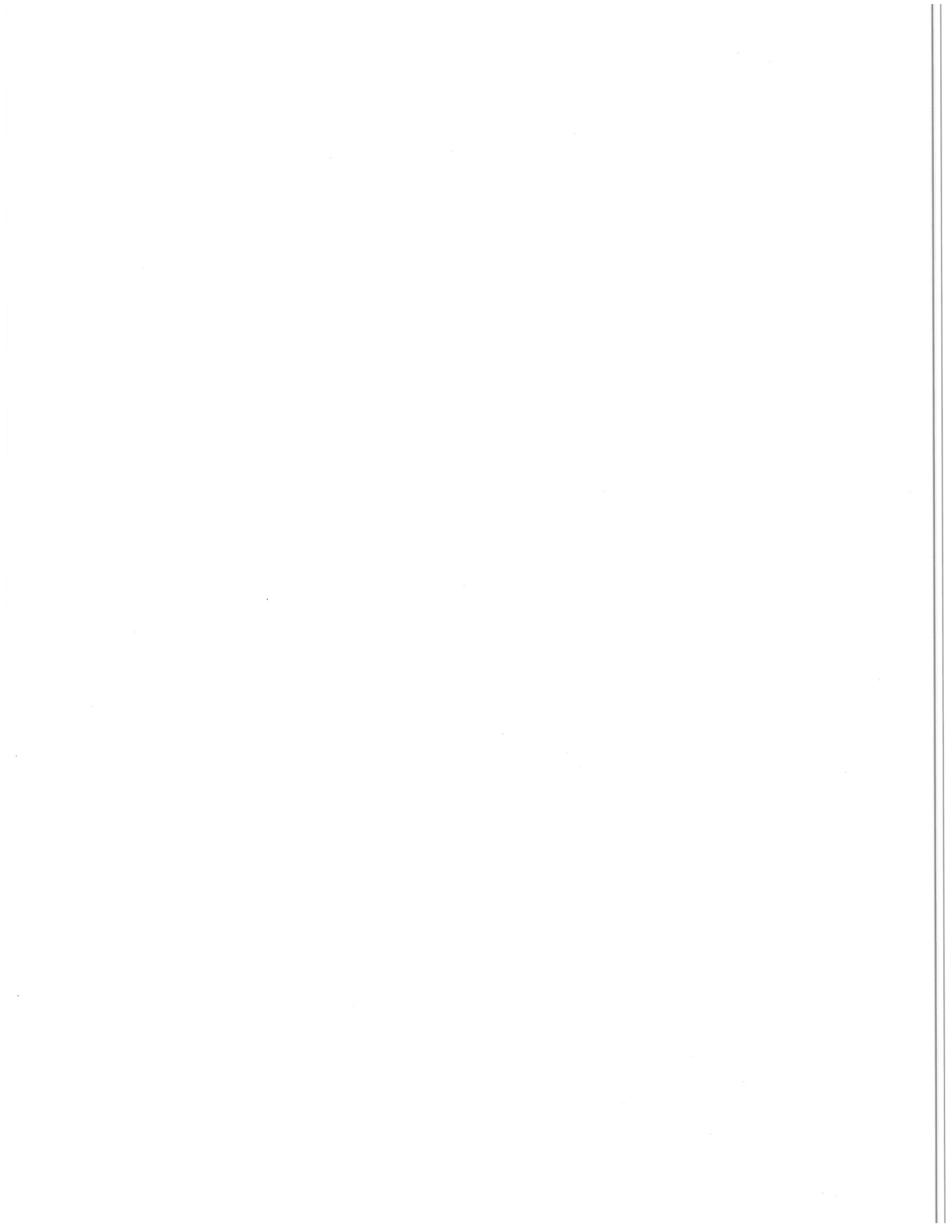
Los gráficos y fotografías se remitirán en sobre aparte acompañadas de las hojas con el texto que deberá figurar al pie de cada una de ellas.

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:

*ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA (O.P.)
Administración y Dirección
Dra. Montserrat Catalá Pizarro
Gran Vía Marqués del Túria, nº 70 - 4ª
Telf. (96) 395 54 31
46005 Valencia*





Sociedad
Española de
Odontopediatría

Secretaría Técnica:

Srta. Rosa López
Avda. M^ª Cristina, nº 12 - 2^º
Telf. (96) 392 39 19
Fax (96) 392 19 18
46001 - VALENCIA
C.I.F. G - 78.695.541

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Dr.: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____ TELF.: _____

COLEGIADO EN: _____ Nº DE COLEGIADO: _____

PROPUESTO POR LOS MIEMBROS DE LA **S.E.O.P.**

Dr.: _____

Dr.: _____

Firma

Firma

Firmado en _____ a _____ de 199 _____



DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____
1º APELLIDO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
2º APELLIDO: _____ D.N.I. ó C.I.F.: _____
DIRECCIÓN PARTICULAR: _____
CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____ TELF.: _____

PRÁCTICA PÚBLICA

DIRECCIÓN: _____
CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____ TELF.: _____
CARGO QUE DESEMPEÑA: _____
¿QUÉ TANTO POR CIENTO DE SU PRÁCTICA DIARIA DEDICA A LA ACTIVIDAD PÚBLICA?: _____

PRÁCTICA PRIVADA

COLEGIADO EN: _____ Nº: _____
DIRECCIÓN CLÍNICA 1ª: _____
CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____ TELF.: _____
DIRECCIÓN CLÍNICA 2ª: _____
CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____ TELF.: _____
¿QUÉ TANTO POR CIENTO DE SU PRÁCTICA DIARIA DEDICA A LA ODONTOPEDIATRÍA?: _____

CURRICULUM

FECHA Y LUGAR DONDE TERMINÓ SUS ESTUDIOS DENTALES: _____
TÍTULO OBTENIDO MÁS ALTO: _____
RECIBIÓ ENTRENAMIENTO EN LAS ESPECIALIDADES DENTALES
DE: _____ LUGAR: _____ AÑOS: _____
DE: _____ LUGAR: _____ AÑOS: _____
OTROS: _____

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL BANCO: _____
DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL: _____
Nº DE CUENTA: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Firmado en _____ a, _____ de 199





Sociedad
Española de
Odontopediatría

Secretaría Técnica:

Srta. Rosa López
Avda. M^{ra} Cristina, nº 12 - 2^o
Telf. (96) 392 39 19
Fax (96) 392 19 18
46001 - VALENCIA
C.I.F. G - 78.695.541

SOLICITUD DE ADMISIÓN COMO MIEMBRO NUMERARIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

DR./A.: _____

ODONTÓLOGO: _____ DESDE: _____

ESTOMATÓLOGO: _____ DESDE: _____

DOMICILIO CLÍNICA: _____

CÓDIGO: _____ CIUDAD: _____

TELF.: _____ FAX: _____

COLEGIADO EN: _____ Nº: _____

PRÁCTICA ODONTOPEDIÁTRICA:

EXCLUSIVA NO EXCLUSIVA

PROFESOR/A DE UNIVERSIDAD:

COLABORADOR _____ DESDE: _____

AYUDANTE _____ DESDE: _____

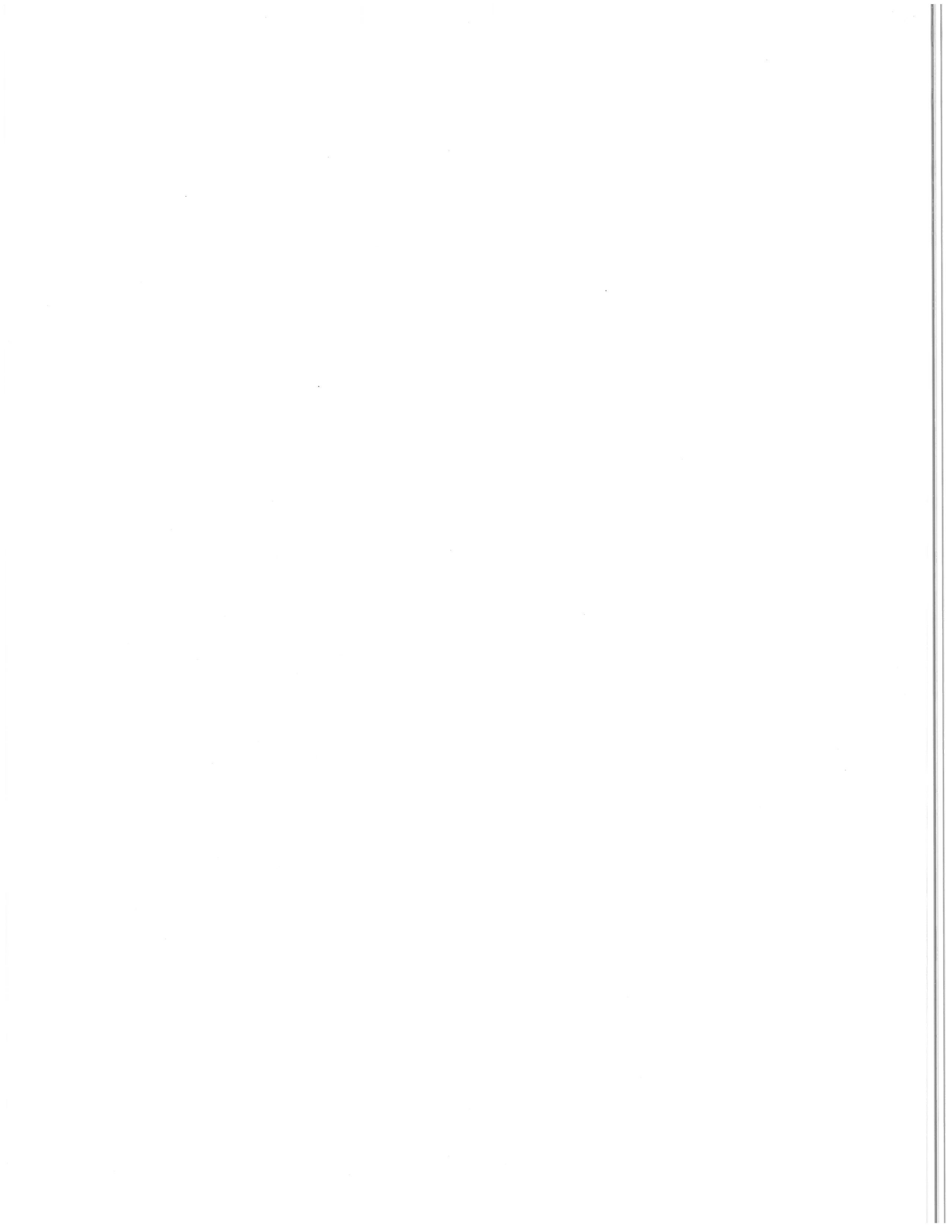
ASOCIADO _____ DESDE: _____

TITULAR _____ DESDE: _____

FECHA SOLICITUD: _____

FIRMA:





¿Tiene problemas para que sus hijos se laven los dientes?

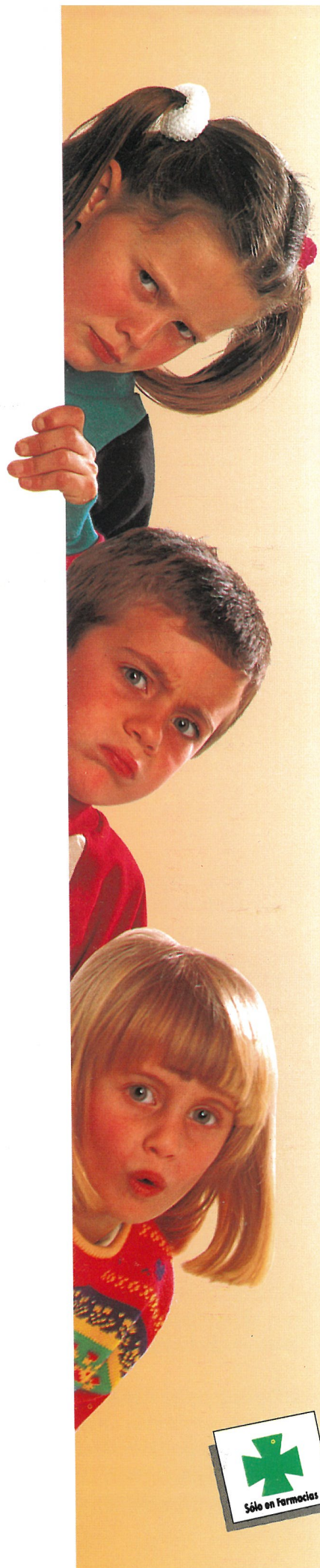
fluor·kin
infantil

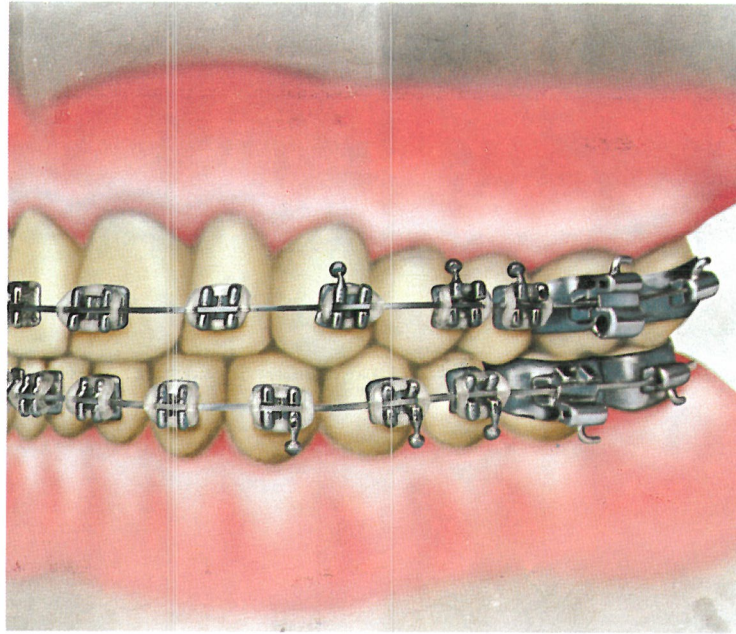


El dentífrico que gusta a los niños

LABORATORIOS **kin** S. A.

C/. Granada. 123 - 08018 Barcelona - Tel. (93) 300 39. 14 - Fax (93) 300 91 65





Sistemas Preajustados Bioprogresiva

La Bioprogresiva engloba toda una filosofía del tratamiento ortodóncico fundada en principios postulados por el Dr. Ricketts en los años sesenta.

RMO ha sido la impulsora de todas las investigaciones y experiencias que han permitido convertirla en sistemas de aplicación clínica.

Fruto de sus desarrollos, el ortodóncista de hoy cuenta con múltiples opciones en brackets y tubos que, apoyados por el programa más completo y tecnológicamente más avanzado, le permite conseguir sus objetivos clínicos en función del diagnóstico, plan de tratamiento y consideraciones personales o específicas de cada caso.

Aunque basadas en una misma línea de pensamiento, cada uno de los sistemas ofrece alternativas clínicas diferenciadas.

Bioprogresiva Clásica o Estándar (Ricketts)

Sistema que permite un alto grado de adaptabilidad para todo tipo de maloclusiones y edades con un significativo ahorro de tiempo por la facilidad de aplicación y eficiencia operatoria.

Bioprogresiva Dimension 4 Plus (Ricketts-Gugino)

Sistema que incluye los últimos avances en la aparatología, fruto del análisis computerizado de miles de casos, proporcionando unas combinaciones específicas para el tratamiento de pacientes dolicocefálicos, mesocefálicos o braquicefálicos que, mediante otras técnicas de Arco Recto, necesitarían de ajustes y compensaciones clínicas.

Bioprogresiva Preajustada (Bench)

Sistema de Arco Recto que incorpora un nuevo concepto de información integrada en la aparatología empleando los aditamentos tecnológicamente más avanzados y sofisticados de la ortodoncia producidos a partir de novedosos procesos de diseño (CAD/CAM) e ingeniería metalúrgica (MIM).

Información detallada en:



Ibérica de Ortodoncia, S.L.

rocky mountain®orthodontics

Avda. del Cid, 18 - 46018 VALENCIA (España)

Teléfonos (96) 385 70 40 - (96) 385 70 07

Telefax (96) 384 76 03