

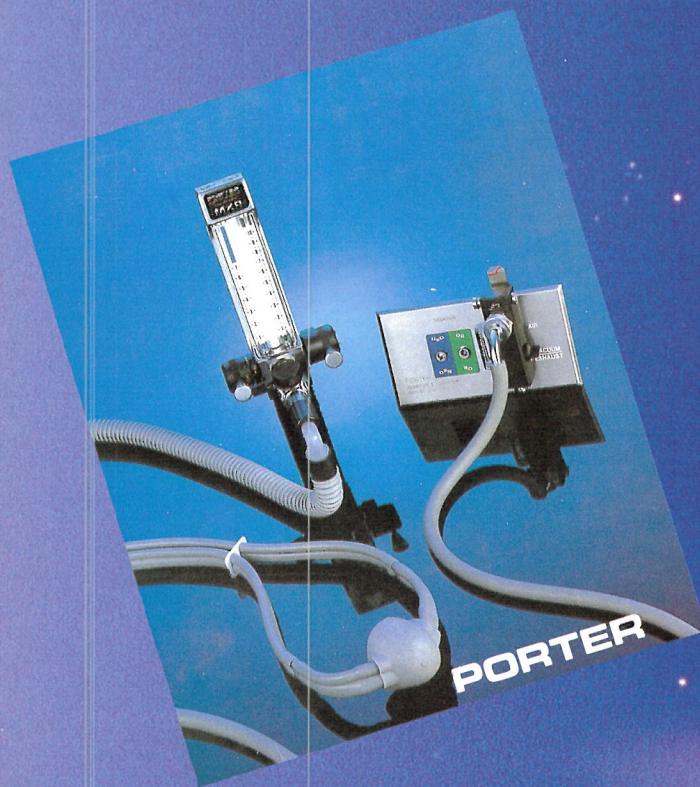
Odontología Pediátrica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA



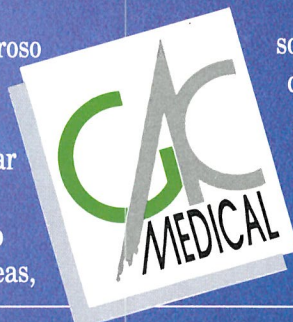
El fin del miedo al dolor:
LA SEDACION CONSCIENTE.



La sedación consciente por Oxido Nitroso y oxígeno es el método fármaco-sedativo de elección en el gabinete dental.

Imagine el confort que supone trabajar con un paciente totalmente relajado.

El efecto analgésico del Oxido Nitroso y oxígeno, y la desaparición de las náuseas,



son algunas de las ventajas que podemos obtener, siendo la técnica sedativa **más segura** que existe.

Periódicamente se organizan Cursos Teórico-Prácticos para grupos reducidos de profesionales.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

ORGANO DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA

VOLUMEN 1, NUMERO 1, DICIEMBRE 1991

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

Presidente: Dr. Julián Aguirrezábal Iñarritu
Vicepresidente: Dra. Paloma Planells del Pozo
Secretaria: Dra. Carmen Prió Miravet
Tesorero: Dr. Evalisto Martín Queralt
Vocales: Dr. Antonio Brusola Cardo
Dra. Teresa del Bello Martín
Dra. Milagros Barrachina Sanz
Comisión Científica: Dra. Luz Aguilo Muñoz
Dr. Fco. Javier Fombella Balan
Dr. Miguel Hernández Juyol

Consejo Editorial: Dr. Fombella Balan, Fco. Javier (Asturias)
Dr. Boj Quesada, Juan Ramón (Barcelona)
Dra. Manrique Mora, Cinta (Granada)
Dra. Barbería Leache, Elena (Madrid)
Dr. García Ballesta, Carlos (Murcia)
Dr. Alvarez Brasa, Carlos (Pontevedra)
Dra. Mendoza Mendoza, Asunción (Sevilla)
Dra. Catalá Pizarro, Monserrat (Valencia)
Dr. Urizar Arechaga, Miguel Angel (Vizcaya)

Administración y Dirección: Secretaría Técnica de la S.E.O.P.
Iparraguirre, 34-3º
Tel.: (94) 4446813 - Fax (94) 4441266
48011 BILBAO

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 Odontología Pediátrica se distribuye gratuitamente a todos los miembros de la Sociedad Española de Odontopediatría.

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad con soporte válido en trámite.

Fotocomposición e Impresión: INDUSTRIAS GRAFICAS GARVICA, S.A. Bilbao. - Depósito Legal: BI - 2830 / 91

EDITORIAL	5
ARTICULOS ORIGINALES	
“La Artrogriposis múltiple congénita y sus manifestaciones orales”. <i>Viñals H., Cepero H., Cahuana A.</i>	7
“Alteración de los dientes en desarrollo a consecuencia de traumatismos”. <i>López M., García Ballesta C., Cabrerizo M.C., Romeo García A.</i>	13
“Aversión a la autoridad: un factor a tener en cuenta en Odontología Infantil”. <i>Boj Quesada J. M.</i>	19
ARTICULOS SELECCIONADOS	
“Corrección de mordida cruzada anterior afectando a un incisivo permanente”. <i>Estrela F., Almerich J. M., Gascón F.</i>	22
“Dientes Dobles: Presentación de casos”. <i>Llena C., Catalá M., Forner L.</i>	26
“Manejo del Espacio: I Bases”. <i>Mendoza A., Solano E.</i>	32
“Manejo del Espacio: II Mantenedores”. <i>Mendoza A., Solano E.</i>	37
“Clasificación de riesgo de infección inducido por bacterias”. <i>A.A.P.D.</i>	51
“Doce maneras de mejorar su práctica en Odontopediatría”. <i>Nacht E.S., Truokin D. P.</i>	53
SOCIEDAD Y OPINION	
Cómo prevenir el estrés. <i>Doncel J.</i>	55
Planes de Salud Bucodental Infantil o cómo hacer política a costa de la boca de nuestros hijos	56
Movimiento registrado en nuestra Sociedad desde la reunión última de Valencia.	57
Premios Científicos anuales del Ilustre Consejo General.....	58
AGENDA Y CRITICA DE LIBROS	65
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS	70

Editorial

Estamos de enhorabuena todos los amantes de la Odontopediatría, el primer número de nuestra revista está en la calle.

Quizá en este momento desconozcamos la trascendencia de este hecho pero estamos seguros que a partir de este instante se abre una nueva etapa en nuestra sociedad.

Atrás quedarán los años de la incertidumbre en los que se consideraba la Odontopediatría la auxiliar pobre de otras especialidades, de que en los momentos decisivos bien por desconocimiento o por desprecio se la ignorara.

La Especialidad de Odontopediatría en España se ha consolidado y hay datos que nos hablan de que en Europa también. La Academia Europea de Dentistas para Niños que agrupa a Odontopediatras de todos los Países de la Comunidad Económica Europea está tramitando el reconocimiento de la Odontopediatría como especialidad en Estrasburgo.

Ahora todos como una piña en torno a la especialidad más bonita de todas, para ponerla en el lugar que se merece. Brindemos todos por este acontecimiento tan feliz.

Agradecemos a la Dra. Helena Viñals y colaboradores, al Dr. M. López Nicolás y colaboradores, al Dr. Boj Quesada por su rápida contribución con estos primeros trabajos originales. Por otro lado hemos seleccionado algunos artículos que por su calidad y trascendencia en nuestra especialidad nos parecía importante dar a conocer.

Animaros a vosotros, amigos lectores a colaborar con vuestros trabajos, artículos, tesis, etc. para hacer de nuestra revista un digno punto de referencia de la Odontopediatría Española.

Agradecer a todos aquellos que han colaborado de una forma directa o indirecta en la confección de este número. A las casas comerciales: IBERICA DE ORTODONCIA, LABORATORIOS KIN, G.A.C. MEDICAL, S.L., INFORMATICA MEDICA, sus nombres los tenéis entre las manos que sin su ayuda económica hubiera sido imposible, desearles los mayores éxitos comerciales.



Sociedad
Española de
Odontopediatría

Secretaría Técnica:
Sta. Begoña Cortazar
Iparraguirre, 34 - 3º
Tel: (94) 444 68 13
Fax: (94) 444 12 66
48011 BILBAO

SOLICITUD DE ADMISION EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA

Dr.: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

CODIGO: _____ CIUDAD: _____ TEL.: _____

COLEGIADO EN: _____ Nº DE COLEGIADO: _____

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

Dr.: _____

Dr.: _____

Firma

Firma

Firmado en _____ a _____ de _____ de 199



La artrogriposis múltiple congénita y sus manifestaciones orales

Viñals Iglesias H., Cepero Campá S., Cahuana Cárdenas A.

Abstract

Arthrogryposis multiplex congenita is a term applied to a heterogeneous group of a rare and non-evolutional conditions presents at birth. The common characteristics in this entity are the stiffness articular deformities and the scarce or absent muscular development.

The most important oral repercussion is a bilateral alteration of the temporomandibular joint which can limit the mouth opening and also to involve odontological problems.

We review this entity and we contribute our experience with two additional cases.

Key words: Arthrogryposis multiplex congenita. Childhood. Oral manifestations. Temporomandibular joint.

Resumen

Artrogriposis múltiple congénita es un término usado para designar a un grupo heterogéneo de alteraciones presentes al nacer, raras y evolutivas. Las características comunes a esta entidad son las rigideces y las deformidades articulares, junto a un escaso o ausente desarrollo muscular.

La repercusión oral más importante es la afectación bilateral de la ATM, que puede limitar la apertura bucal, comportando secundariamente problemas odontológicos.

Revisamos esta anomalía y aportamos nuestra experiencia a propósito de dos casos.

Palabras clave: Artrogriposis múltiple congénita. Infancia. Manifestaciones orales. Articulación temporomandibular.

Introducción

La artrogriposis múltiple congénita (AMC) es una alteración poco frecuente^{1,2,3,4,5} que ocasiona problemas fundamentalmente de índole ortopédico^{3,4,6}. Según la definición clásica, se considera a ésta entidad como trastorno congénito de carácter no progresivo, caracterizado por múltiples deformidades rígidas en las articulaciones^{1,7}. El término proviene de las partículas griegas "arthron" y "grypos", que literalmente significan articulación incurvada^{2,3,4,7}.

En 1841, Otto describió esta entidad por primera vez^{3,4,6,8}. En la Literatura se la conoce por varios nombres como amioplasia congénita, miodistrofia fetal deformante o Síndrome de Guérin Stern^{2,4,6,7,9}.

Actualmente, el término AMC es sólo una definición clínica de lo que, probablemente, sea un grupo heterogéneo de alteraciones^{4,10,11} cuyas características comunes son las rigideces y las deformidades articulares, con ausencia de desarrollo muscular alrededor de ellas, presentes al nacer y cuya evolución no progresa con la edad^{7,9,12}.

La repercusión oral más importante-aunque poco frecuente-, es la alteración bilateral de la articulación temporomandibular (ATM), que puede ocasionar una limitación en la apertura bucal^{2,8}. Tal limitación comporta-secundariamente-una serie de problemas odontológicos.

La revisión bibliográfica constata que se han publicado muy pocos casos de AMC con repercusiones orales^{1,2,8,13,14} y no hay-hasta la fecha-, ningún caso descrito en nuestro país.

Se presentan un par de casos de AMC, a la vez que aportamos nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes.

Revisión de la literatura Etiología y patogenia

Si bien la etiología es desconocida, se han sugerido uno o múltiples factores-genéticos o ambientales-como responsables de esta entidad^{1,2,3,8,11}. Los factores sugeridos⁷

como causa de la AMC pudieran ser: 1) Parálisis muscular por miopía o por neuropatía; 2) Bloqueo de la sinapsis neuromuscular; 3) Factores mecánicos: la malposición o las variaciones en la presión hidráulica o mecánica en el feto.

La patogénesis miopática podría deberse a una infección viral¹⁵ o bien a un trastorno metabólico por aumento de la síntesis de colágeno¹⁶. La posibilidad de una miopía primaria¹⁷, es motivo de controversia¹⁸. La mayoría de cambios vistos en biopsias musculares se relacionan con alteraciones neurogénicas^{1,2,10}.

En la patogenia de las neuripatías, también se han descrito influencias virales^{2,19,20,21} o la de ciertos alcaloides tóxicos^{21,22}. Otros mecanismos pudieran ser el déficit de determinados nutrientes²³ o bien la generación o la isquemia intrauterina de las células del asta anterior medular^{2,8,24,25}. Se han descrito trastornos neurológicos asociados a contracturas congénitas múltiples^{2,11,26,27}.

Trabajos experimentales en embriones de pollo tratados con curare o albúmen⁷, muestran el desarrollo de un cuadro muscular a la artrogriposis, vinculando su etiología a un bloqueo en la sinapsis neuromuscular o a un aumento de la presión en el huevo. En 1.970, se corroboró la primera de éstas hipótesis con un caso clínico en humanos²⁹.

Factores mecánico-isquémicos como la malposición fetal, las vueltas de cordón, la disminución de la circulación placentaria, los aumentos de presión mecánica (por úteros bicornes, gemelismo, bridas amnióticas...) o bien variaciones en la presión hidráulica (por poli u oligohidramnios), producirían en el feto trastornos artrogripóticos^{3,4,7,8,21,30,31,32,33}.

Las alteraciones neuromusculares y los factores de índole mecánico probablemente sean las etiologías más plausibles de esta alteración^{1,2,4}. La implicación genética sería más importante en las etiologías neurogénica y miopática. El entorno intrauterino puede jugar un papel importante en un número no determinado de casos¹. La disminución en el útero de los movimientos articulares en el 3er. mes de vida fetal cuando se forman las articulaciones puede dar lugar a contracturas congénitas. Por estudios experimentales se sabe lo esencial del movimiento articular intraútero para el normal desarrollo y mantenimiento de tales articulaciones⁷.

Incidencia y prevalencia

Según un estudio estadístico efectuado en el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona en base a 11.000 recién nacidos, la incidencia de la artrogriposis fue del 0,086/

representando el 2,7% del total de malformaciones músculo esqueléticas halladas^{3,4}. En este mismo Centro, se han venido realizando el seguimiento clínico de 60 niños artrogripóticos, observando que la forma más frecuente es la múltiple o completa, mientras que las formas limitadas a miembros superiores o inferiores son menos frecuentes, siendo raras las formas aisladas de miembros superiores⁷.

En base a estos pacientes, actualmente estamos estudiando la prevalencia e incidencia de sus manifestaciones orales.

Características clínicas generales

En el Symposium de la Société Française de Chirurgie Infantile³⁵, se consideró que la artrogriposis podría ser un síndrome clínico caracterizado por:

- Afectar preferentemente a los miembros.
- Ser congénita (por afectación embrionaria o fetal).
- No ser evolutiva dentro de su afectación primitiva (no progresa tras el nacimiento).
- Ser una afectación articular, muscular o neuromuscular y cutánea

Las contracturas articulares y las anomalías clínicas asociadas varían individualmente, sin embargo, hay unas características comunes en esta entidad⁴:

- Las extremidades no tienen rasgos distintivos. Son fusiformes o cilíndricas, con carencia de pliegues y con un tejido subcutáneo delgado.
- Rigidez Articular.
- Luxación de las articulaciones, especialmente de las caderas y ocasionalmente de las rodillas.
- Sensibilidad conservada. Los reflejos tendinosos profundos-ocasionalmente-pueden estar disminuidos o ausentes.

Al ser estas anomalías congénitas y detectadas al nacer, usualmente estos niños se delegan a Servicios de Ortopedia para su tratamiento.

Las deformidades normalmente son simétricas y la severidad de las deformaciones se incrementa distalmente en los miembros⁴. Las articulaciones más corrientes implicadas son las de los pies, rodillas, caderas, hombros y codos^{1,3} (Fig. 1).

Se conocen unas 150 alteraciones en las que las contracturas congénitas son el signo predominante^{1,2,4,9,11,18,36,37}. En un número limitado de casos las alteraciones pueden ser heredables por genes simples, anomalías cromosómicas o de una forma multifactorial. La especulación sobre una base genética o no, requiere individualizar cada diagnóstico¹¹.

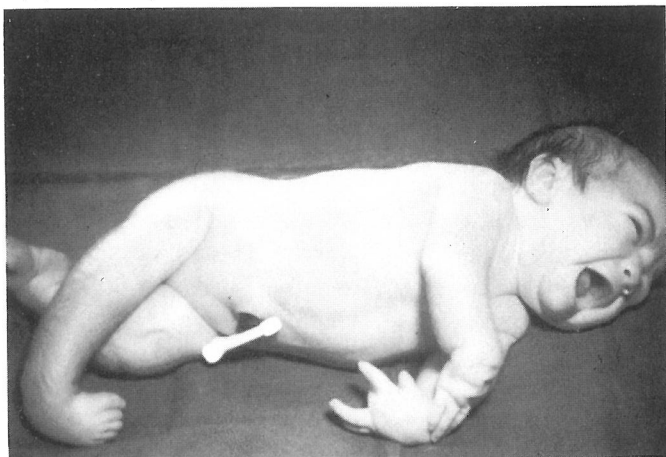


Fig. 1

Manifestaciones orales

La manifestación oral más notable de la AMC es la limitación de la apertura bucal por ausencia de translación condilar. Se cree que la afectación de la ATM ocurre en un 25% de los casos ¹. Este trastorno puede comportar una alteración funcional tanto en la nutrición como en la masticación, en la deglución o en el habla.

El estudio de estos pacientes deberá incluir ortopantomografías, radiografías frontales y en algún caso pudiera requerirse artrografías o artroscopias de la ATM. En las radiografías panorámicas observaremos en ocasiones la presencia de unas apófisis coronoides largas, delgadas y puntiagudas ¹. Las radiografías lateral y frontal nos permitirán valorar la dimensión y posición mandibular así como contracturas musculares ⁸. En las tomografías puede observarse la presencia de unos cóndilos rudimentarios y unas cavidades glenoideas aplanadas ¹. La biopsia articular de los pocos casos de artrogriposis tratada con cirugía ^{1,8}, se reveló la presencia de un cartílago articular adelgazado, con múltiples áreas vasculares. Electromiográficamente, en ocasiones se detecta una hiperactividad de los grupos musculares suprahioideos así como una hipoactividad de los músculos temporales y pterigoideos externos ².

La limitación de la apertura bucal junto con las deformidades articulares de las extremidades superiores dificultan una higiene oral correcta. Es por ello que, secundariamente, sospecharemos una mayor incidencia de caries y problemas periodontales ³.

Algunas alteraciones que eventualmente pueden asociarse a la AMC son la presencia de craniosinóstosis, hiperóstitosis frontal, hipertelorismo, microftalmia, micrognatia, paladar arqueado, fisura palatina, glosoptosis y maloclu-

sión entre otras. Usualmente, la morfología y cronología dentaria son normales ^{1,2,4,8,36}.

Tratamiento

El tratamiento de las articulaciones temporomandibulares artrogrípicas podría realizarse mediante:

- Fuerzas de estiramiento aplicadas a los músculos masticatorios hipoplásticos y ligamentos periarticulares ^{2,38}.
- Coronoidectomías bilaterales para aliviar la interferencia mecánica y la tensión de los músculos temporales hipoplásticos o atróficos ^{2,39}.
- Excisión de los ligamentos periarticulares de la ATM junto a una intensa fisioterapia postquirúrgica ².
- Artroplasias y condilectomías, eventualmente ⁸.

Caso clínico nº 1

OMC es un varón de 10 años al que se le detectó una severa patología articular tras su nacimiento diagnosticada de AMC. Se controla en el Servicio de Ortopedia Infantil de nuestro Hospital y nos fue remitido para tratamiento odontológico.

Como antecedentes de interés sabemos que el niño es fruto de un embarazo con oligohidramnios. Al nacer presentaba una contractura bilateral de rodillas y caderas junto a pies zambos. Hasta la fecha se le han practicado seis intervenciones ortopédicas.

La exploración de la ATM no reveló dolor articular ni en reposos ni en los movimientos funcionales. Los desplazamientos en lateralidad estaban disminuidos, pero desviaba la mandíbula en la apertura y en el cierre. La inspección odontológica se vió dificultada debido a una restricción importante de la apertura máxima que la ciframos en 18 mm. (Fig. 2). Presentaba caries en dentición permanente, sobremordida, desviación de la línea media hacia la izquierda, micrognatia y paladar arqueado (Fig. 3).

Las tomografías articulares en oclusión céntrica y máxima apertura, mostraron la grave hipomovilidad de ambas articulaciones. Las cavidades glenoideas estaban aplanadas y los cóndilos hipoplásticos y afacetados (Fig. de 4 a 7).

Dada la gran dificultad en la apertura bucal se tuvieron que tratar las caries y exodonciar dos molares irre recuperables bajo anestesia general.

Actualmente, sigue un tratamiento miofuncional para intentar rehabilitar sus articulaciones.



Fig. 2

Caso clínico nº 2

RGG es un varón de 11 años con malformaciones congénitas en su cuatro extremidades. Presenta contracturas en codos, articulaciones de las manos, caderas, rodillas y pies. Se constata además una trofia muscular generaliza. Se han intervenido sus articulaciones en numerosas ocasiones, lo que permite una deambulación y un funcionalismo de extremidades superiores aceptable.

Como en el caso anterior, la exploración odontológica se vió dificultada debido a la gran limitación de la apertura bucal de unos 22 mm. La restricción oral es bien tolerada, lo que le permite una adecuada masticación y fonación. La presencia de caries en dentición permanente también se tuvo que tratar BAG. El paciente se mantiene con Kinesioterapia y tratamiento miofuncional de sus ATM.

Discusión

La anquilosis de la ATM con frecuencia es debida a traumatismos, a infecciones o a ambas. Puede ser uni o

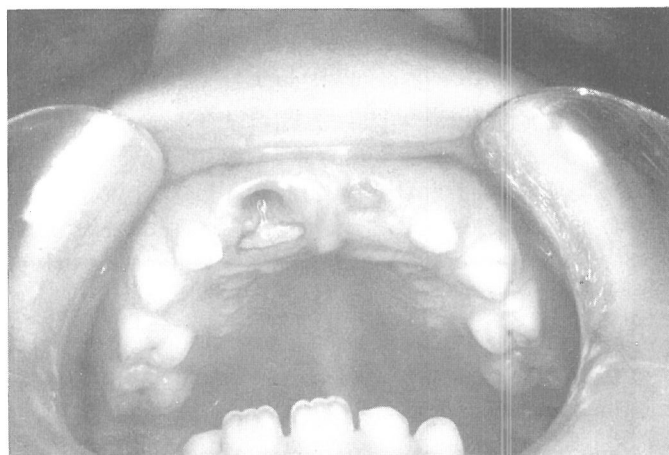


Fig. 3

bilateral, intra o extracapsular y a su vez fibrosa u ósea ^{5,39, 40, 41}. la anquilosis de la ATM artrogripótica es usualmente bilateral, extracapsular, debida a una contractura de los ligamentos y a la presencia de unos músculos cortos y tensos. Las articulaciones embrionarias artrogripóticas tienen todos los componentes de una articulación normal. El defecto se produce durante el desarrollo de los ligamentos y músculos vinculados a la articulación. Las superficies articulares, la cápsula y el menisco sufren un fallo en el desarrollo normas debido a una restricción del movimiento ^{2,4,7}.

Los niños artrogripóticos que hemos visto, mantienen una buena función masticatoria a expensas de una rotación condilar y probablemente gracias a cierta elasticidad ósea y ligamentosa y a una movilidad de las suturas craneales ².

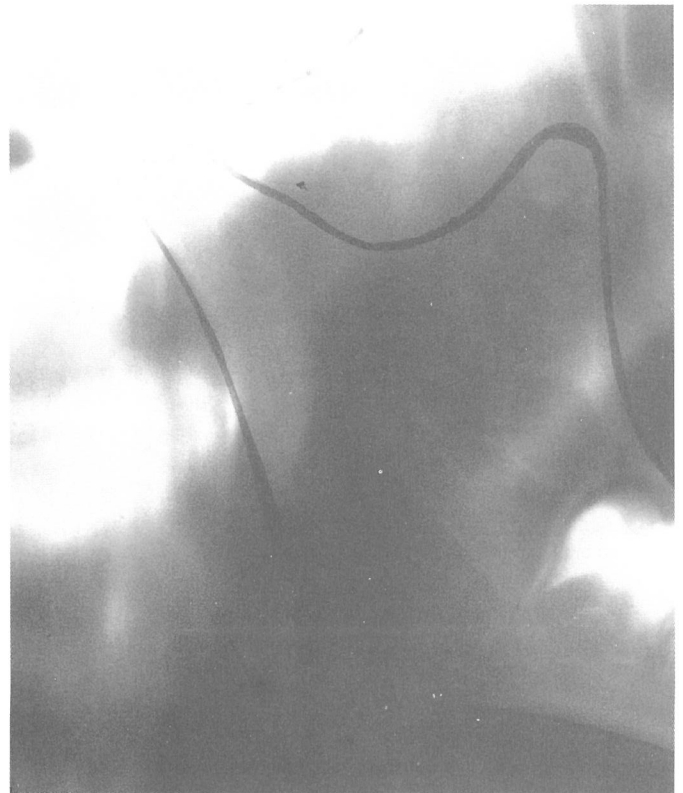
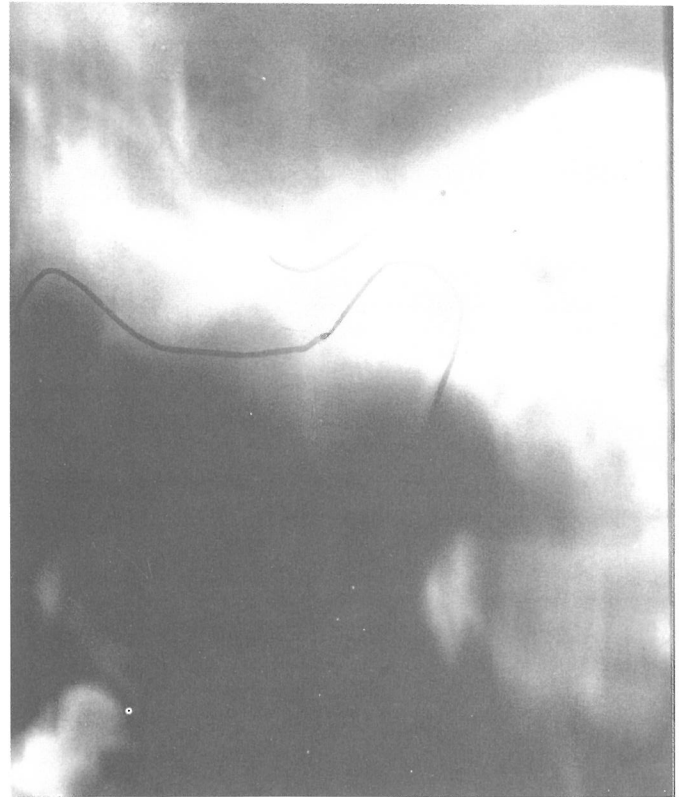
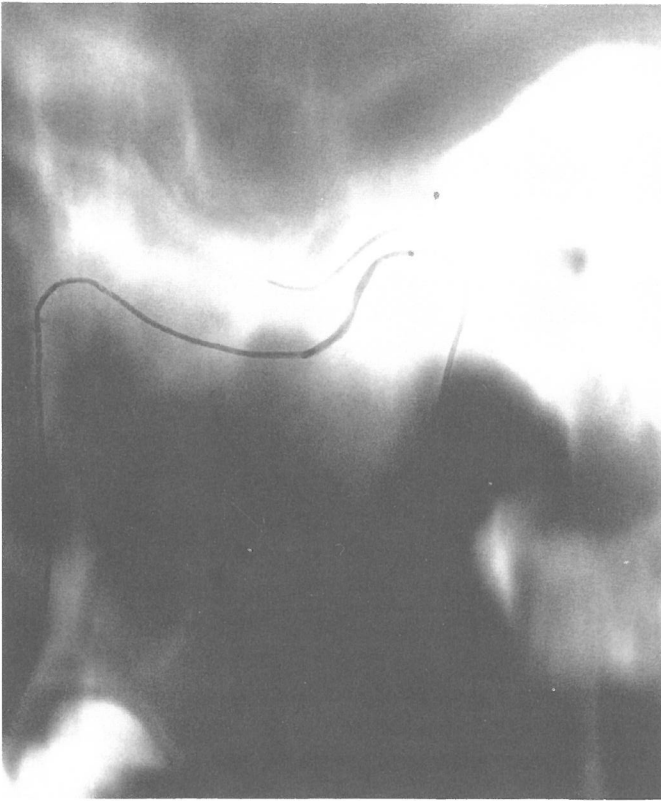
La intervención quirúrgica de las ATM artrogripóticas en edades tempranas posiblemente ofrezca un escaso beneficio al paciente. La aparición de una mayor anquilosis postoperatoria ¹⁴, podría comportar una deformidad dento-facial que agravaría el cuadro. En los dos únicos casos quirúrgicos publicados ^{1,8}, la intervención fue tardía. Es por ello que seguiremos estrechamente a nuestros pacientes con un tratamiento no cruento. Si la alteración articular comprometiese el crecimiento facial y mandibular, podríamos plantearnos-a posteriori-un alargamiento de la rama y/o cuerpo mandibular.

Los trastornos del habla no son relevantes en nuestros pacientes, aunque en otros casos podría contemplarse un tratamiento logopédico. En los cuadros sin implicación del SNC -como en los casos presentados- el riesgo de retraso mental es igual al del resto de la población.

Los tratamientos odontológicos pueden requerir anestesia general, planteando problemas de intubación, dada la restricción en la apertura bucal. Por ello, precisamos extremar las medidas de higiene oral y controlar estrictamente el aporte de Flúor. En estos pacientes es aconsejable el uso de cepillos eléctricos irrigadores orales.

El tratamiento de la AMC es multidisciplinario ⁴², requiriendo la intervención de pediatras, cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas, odontólogos y de otros profesionales que trabajando en equipo pueden mejorar la calidad de vida de estos niños. Deberemos anticiparnos a los problemas, realizar tratamientos precoces y minimizar las secuelas.

Dra. H. Viñals Iglesias: profesora asociada. Universidad de Barcelona. Postgrado Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría. Hospital de San Juan de Dios de Barcelona; Dr. S. Cepero Campá: Médico adjunto del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital de San Juan de Dios de Barcelona; Dr.



Figuras de 4 a 7: Tomografías articulares en oclusión céntrica -fotografías de la izquierda- y máxima apertura -fotografías de la derecha- de las ATM izquierda y derecha respectivamente. Obsérvese la falta de desplazamiento condilar.

A. Cahuana Cárdenas: Médico adjunto del Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría. Hospital de San Juan de Dios de Barcelona.

Correspondencia: Dra. H. Viñals Iglesias. Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría. Hospital de San Juan de Dios de Barcelona. Carretera de Esplugues s/n. 08034-Barcelona.

Bibliografía

- 1- Epstein J.B. Wittemberg G.J.: Maxillofacial manifestations and management of arthrogryposis: Literature review and case report. *J. Oral Maxillofac Surg.* 1.987; 45:274-79.
- 2- Heffez L., Doku H.C. O'Donnell J.P.: Arthrogryposis multiplex complex involving the temporomandibular joint. *J. Oral Maxillofacial Surg.* 1.985; Jul 43(7): 539-42.
- 3- Sakamoto F.O., Claman L., Klabunde M. et al.: Management of arthrogryposis multiplex congenita. A case report. *J. Periodontol.* 1.985; Nov 56(11): 694-8.
- 4- Thompson G.H., Bilenger R.M.: Comprehensive management of arthrogryposis multiplex congenita. *Clin Orthop.* 1.985; 194:6-14.
- 5- Zegarelli E.V., Kutscher A.H. Hyman G.A.: *Diagnóstico en Patología Oral.* 2a ed. Ed. Salvat, Barcelona, 1.982; pp: 195-96.
- 6- Hughes S., Sweetnam R.: *The basis and practice of Orthopaedics.* Heinemann Medical books. Ltd London, 1.980; pp 27-30, 156.
- 7- Cepero Campá S.: *Artrogriposis múltiple congénita. Estudio clínico y experimental.* Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona, 1.991.
- 8- Hodqson P., Weinberg S., Consky C.: Arthrogryposis multiplex congenita of the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1.988; Mar 65(3): 289-91
- 9- Bennett H.L., Einhorn A.H.: *Pediatría.* Ed Labor S.A., Barcelona 1.977; 1.187-88.
- 10- Banker B.Q.: Neurophatologic aspects of arthrogryposis multiplex congenita. *Clint Orthop.*, 1.985; 194:30-43.
- 11- Hall J.G.: Genetic aspects of arthrogryposis. *Clin Orthop.*, 1.985; 194:44-53.
- 12- Brown L.M., Robinson M.J., Sharrard W.J.W.: The pathophysiology of arthrogryposis multiplex congenita neurológica. *J. Bone Jt Surg.*, 1.980, 62-A, 3:291.
- 13-Garfunkel A., Steiner J.E.: Orofacial manifestacions in arthrogryposis: A case report. *J Oral Med.*, 1.971; Apr-Jun, 26(2):77-81.
- 14-Lello G.E.: Surgical correction of temporomandibular joint ankylosis. *J. Craniomaxillofac Surg.*, 1.990; Jan 18(1):19-26.
- 15- Drachman D.B., Weiner L.P., PRICE D.L., Chase J.: Experimenta arthrgryposis multiplex congenita caused by viral myopathy. *Arch. Neurol.* 1.976, 33:362.
- 16- Ionasescu V., Zellwwg H., Filer L.J.: Increased collagen syntesis in arthrogryposis multiplex congénita. *Arch Neurol.* 1.970; 23:128.
- 17- Leberthal E., Shocket S.B., Adan A. et al.: Arthrogryposis multiplex congenita: Twenty-three cases in Arab Kindred. *Pediatrics.* 1.970; 46:891.
- 18- Vanek J., Janda J., Amblerova., Losan F.: Freeman-Sheldon Syndrome: A disorden of congenital myopathic origin?. *J. Med Genet.* 1.986; 23(3): 231-6.
- 19- Gregg N.M.: Rubella during pregnancy of the mother with its sequelae of congenital defects in the child. *Med J Aus.* 1.945, 1:313.
- 20- Hamburger, Waugh.: The primary development of the skeleton in nerveless and poorly invervated limb transplaants of chick embryos. *Phisiol Zool.*, 1.940; 13:367.
- 21- Swinyard Ch. A., Blech E.E.: The etiology of arthrogryposis (Multiple congenital contracture). *Clin Orthop.*, 1.985; 194:15-29.
- 22- Leipold H.W. and Cook J.E.: Congenital anthrogryposis associated with ingestion of Jimson weed by pregnant sows. *J.A.V.M.*, 162:1.059, 1.973.
- 23- Warkany J. and Nelson R.C.: Skeletal Abnormalities induced by maternal nutritional deficiency. *Arch Path.* 1.942; 34:375.
- 24- Horoupian D.S. and Yoon J.J.: Neuropathic anthrogryposis multiplex congenita and intrauterine ischemia of anterior horn cells: a hypothesis. *Clin Neurophatol.* 1.988, 7(6):285.
- 25- Nishimura H., Okamoto N.; *Sequential atlas of huamn congenital malformations.* Igaku Shoin Ltd. Tokyo, 1.976.
- 26- Charnas L., Trapp B., Griffin J.: Congenital absence of peripheral myelin: Abnormal schawnn cell development causes lethal arthrogryposis multiples congenita. *Neurology.* 1.988; 38(6):966.
- 27- Illum N., Reske-Nielsen E., Skoby F., Askjaer S., Bersen A.: Lethal autosomal recessive arthrogryposis multiples congenita with whistling face and calcifications of the nervous system. *Neuropediatrics.* 1.988; 19(4):186.
- 28- Dracman D.B.: Atrophy of equeletal muscle in chicks embryos treated with botulism toxine. *Science.* 1.964; 145:719.
- 29- Jago R.H.: Arthrogryposis following treatment of maternal tetanus with muscle relaxants: A case report. *Arch Dise in Child.* 1.955; 30.
- 30- Browne D.: Congenital deformities o mechanical origine. *Arch. Dis Child.* 1.955; 30.
- 31- Dunn P.M.: Oligohydramnios due to premature ruptire of the membranes and congenital deformities. *J. Bone J.t. Surg.*, 1.971; 53-B:555.
- 32- Fuller D.J.: Inmovilisation of the foetal joints as a cause of progressive prenatal deformity. *J. Bone J.t. Surg.* 1.975; 57-B:115.
- 33- Graham J.M., Miller M.E., Sephan M.J. and Smith D.W.:
- 34- Baraibar R., Simón M.A. Krauel J. y Molina V.: Incidencia y diagnóstico postnatal de las malformaciones congénitas. *An Esp. Ped.*, 1.982; 17(11):52.
- 35- Symposium présenté a la 36^a Réunion de la Societé Francaise de Chirurgie Infantile: L'arthrogrypose pendant l'enfance. *Arthtogryposis multiplex congenita.* Montpellier, 7-8, dédembre, 1.979. *Chir Pediatr.* vol 2, 5.
- 36- Cohen S.R., Isaacs H.: Otolaringological manifestations of arthrogryposis multiplex congenita. *Ann Otol Rhinol Laringol.* 1.979; Jul-Aug. 85: 484-90.
- 37- Swift T.R., Ignacio O.J., Dyken P.R.: Neonatal dystrophia myotonica. Electrophysiological studies. *Am J Dis Child.* 1.975, Jun 129(6):734-7.
- 38- Palmer P.M., Mc Ewen G.D., Bowen J.R., Matews P.A.: Pasive motion therapy for infants with arthrogryposis. *Clin Orthop.* 1.985; 194:54-9.
- 39- De Lucas Tomás M.: *Medicina Oral.* Ed. Salvat, Barcelona, 1.988; pp 348-9.
- 40- Lynch M.A.: *Burket's Oral Medicine.* Diagnosis and treatment. 8th ed. J.B. L. Lippincott Company, Philadelphia, p.520; 1.984.
- 41- Scully C.: *The mouth and perioral tissues.* Clinical dentistry i health and disease. Heinemann Medical books. Oxford, 1.989;(2):100-5.
- 42- Hahn G.: Arthrogryposis. *Pediatric rewieward habitative aspects.* *Clin Orthop.*, 1.985, 194:104-114.

Alteración de los dientes en desarrollo a consecuencia de traumatismos

López Nicolás M., García Ballesta C., Cabrerizo Merino M. C., Romeo García A.

Summary

The piece of work we are dealing with, carries out an actual revision of a subject that is always present in the daily clinical task, the traumatismos in the temporal dentition and long term repercussion on the developing dentition.

We show some clinical cases of patients that, very young, suffered a traumatismos with effects on the above temporal dentition. Those people come later on asking for a clinical solution too the deformation of the permanent teeth.

Key words: Traumatic dental injuries, developing dentition.

Resumen

El presente trabajo realiza una revisión actual de un tema siempre presente en el quehacer clínico diario, los traumatismos que recaen sobre dentición temporal y su repercusión a largo plazo sobre la dentición en desarrollo.

Presentamos algunos casos clínicos de pacientes que sufrieron a muy corta edad un traumatismo con afectación de la dentición temporal anterior, y que más tarde acuden buscando solución clínica a la gran deformación de los dientes permanentes.

Palabras claves: Traumatismos dentarios, dentición en desarrollo.

Introducción

Los traumatismos dentarios acontecidos cuando el individuo se encuentra en período de dentición temporal son cada vez más frecuentes y llamativos, tanto por las lesiones inmediatas al accidente así como por las posteriores consecuencias que pueden desprenderse del mismo.

Debido al ritmo de vida en que nos desenvolvemos, muchas de estas situaciones pueden terminar en procesos judiciales que nos obliguen a ser extremadamente precisos a la hora de realizar una correcta peritación de las posibles complicaciones.

Se calcula una frecuencia del 30% para los niños que han sufrido un traumatismo en la dentición temporal (1), aunque pensamos que este porcentaje es mucho mayor, pues muchos de estos traumatismos no requieren atención clínica y normalmente suelen ser olvidados por los padres.

La mayor frecuencia de ellos se encuentra entre los 3 y 6 años de edad (2), y están producidos principalmente por golpes recibidos con los juguetes, caídas desde la cama, caídas en el parque, etc., que pueden lesionar un mecanismo directo (dientes temporales anteriores) y menos frecuentemente por un mecanismo indirecto, al producirse el cierre violento de ambas arcadas (región posterior).

Como factor local predisponente destaca fundamentalmente la presencia en el niño de una protusión del grupo anterior y la falta de sellado labial (3), situación que aumenta mucho la frecuencia de estos traumatismos, sobre todo a partir del primer año de vida, en donde el niño comienza a andar y se relaciona más activamente con el medio que le rodea.

No debemos olvidar la cada vez más frecuente y trágica situación del niño maltratado, en donde más del 50% presentan lesiones faciales que pueden dañar la dentición temporal (4).

Debido a la estrecha relación que existe entre la dentición temporal y los gérmenes de la dentición permanente, que adopta una situación de íntimo contacto por lingual respecto al ápice del diente temporal (en el grupo anterior) (5), como puede apreciarse en la figura 1, resulta obvio



Fig. 1: Sección, sagital de una cabeza de caballo, en donde se aprecia la íntima relación que aparece entre el diente temporal y el germen del permanente

remarcar la importancia de los traumatismos en la primera infancia como génesis de lesiones y deformaciones en los dientes permanentes. La corona del incisivo permanente está separada de la raíz del temporal solamente por una capa delgada de tejido blando (6) y si tenemos en cuenta que la lesión más común en la dentición temporal es la intrusión (7) y la exarticulación, capaces de desencadenar una reacción inflamatoria que recae directamente sobre el germen del dientes permanente y hace de estas circunstancias las principales desencadenantes de malformaciones posteriores (8).

De entre todas las malformaciones destacamos como más frecuentes las que cursan con algún tipo de hipoplasia del esmalte en dientes anteriores, considerando que el 10% de las presentes clínicamente se deben a algún traumatismo en la dentición temporal (9).

El objetivo perseguido en este trabajo es el de presentar al profesional algunos caso clínicos que por su especial

trascendencia creemos relevante mostrar, haciendo incapié en las complicaciones aparecidas con posterioridad a un traumatismo y que en su momento no fueron previstas.

Casos clínicos

Exponemos dos casos clínicos que acudieron solicitando una solución a la deformación que presentaban en la dentición permanente. Estos niños tienen en común dos características fundamentales, una gran deformación que afecta a un incisivo y antecedente probado de un traumatismo sobre la dentición temporal en su primera infancia.

CASO 1:

Niño de 9 años de edad que acude por presentar una decoloración amarillenta en el centro de la cara vestibular del incisivo central superior derecho (fig. 2).

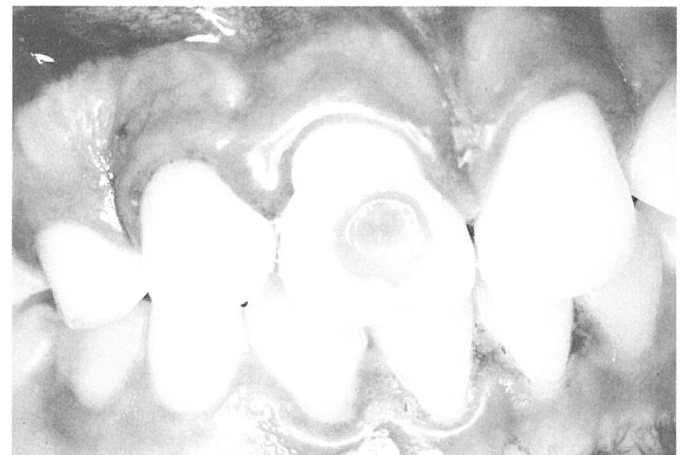


Fig. 2: Incisivo central superior derecho con una zona central de decoloración pardo-amarillenta de 4 mm.

Se trata de una zona circular de hipoplasia del esmalte de color pardo y con un diámetro de 4 mm., que parece realizado con un sacabocado.

Durante la exploración solo encontraremos alteración destacable en esa pieza, siendo el resto completamente normal. Destacamos que este niño sufrió un fuerte traumatismo, por una caída al suelo, a la edad de 2 años y que precisó la extracción del incisivo temporal por un gran hematoma secundario a la intrusión de la pieza temporal.

En el estudio radiográfico (fig.3) apreciamos, solo en esa pieza, una imagen radiolúcida en el centro de la corona del dientes, lo que traduce una falta de mineralización en dicha zona. Basándonos en la clasificación propuesta por J.O. Andreasen en 1.984, se trata de una hipoplasia circular del esmalte debido a un daño localizado de estos ame-



Fig. 3: Radiografía periapical en donde se aprecia una zona central radiolúcida que corresponde con la hipoplasia circular del esmalte que presenta.

loblastos en formación y que fue producido por el desplazamiento traumático del incisivo temporal. Además también puede apreciarse una ligera dislaceración de la corona, debido a que el traumatismo produjo la desviación no axial del tejido duro ya formado.

Entendemos que este caso es una buena muestra de la relación causa-efecto existente entre un traumatismo en la dentición temporal y las consecuencias posteriores que pueden aparecer en la dentición definitiva.

La solución terapéutica se realizó por medio de una restauración con resina compuesta convencional.

CASO 2:

Paciente de 9 años de edad que acude por retraso en la erupción del 22 (fig. 4).

En la anamnesis destacamos que sufrió un traumatismo



Fig. 4: Malposición y retraso en la erupción del 22. Se aprecia un abultamiento en su proximidad.

a la edad de 15 meses con gran afectación de la dentición temporal y hueso maxilar, dejando secuelas en partes blandas, como la evidente deformación del labio superior que presenta (fig. 5).

Al realizar la exploración radiográfica, nos llama la atención la gran prominencia que con densidad similar a esmalte presenta a nivel de la corona del 22, así como la trasposición de lugar que aparece respecto al canino de ese lado (fig. 6) que se encuentra en la zona del incisivo lateral. Debido a que esta trasposición solo aparece en el lado del traumatismo, pensamos que está directamente relacionado con este suceso. Como solución terapéutica y diagnóstica procedimos a realizar una gingivectomía. Lo que permitió visualizar la prominencia en toda su extensión (fig. 7), decidiendo realizar la extirpación de la misma. Después de realizar la oportuna protección denti-



Fig. 5: Deformación del labio superior a consecuencia de un traumatismo a la edad de 15 meses, que afectó a la dentición en desarrollo.



Fig. 6: Radiografía intraoral que muestra la prominencia a nivel del 22, así como la trasposición de lugar entre el incisivo lateral y el canino



Fig. 7: Tras realizar una gingivectomía se aprecia esta prominencia en toda su extensión.

no-pulpar se colocó una obturación de material compuesto y se programó para la reposición ortodóncica.

Entendemos que este caso se produjo a consecuencia de la intrusión que sufrió el diente temporal y las lesiones óseas localizadas en la zona, que afectaron al proceso normal de odontogénesis en sus primeras fases, dando lugar a esta malformación de la corona del diente permanente así como al cambio de la trayectoria eruptiva.

Al realizar el estudio histiológico de esta prominencia, podemos apreciar que tiene una estructura similar a la que de un diente normal, formado por esmalte, dentina y cavidad pulpar que adoptan un patrón y distribución completamente normal (fig. 8).

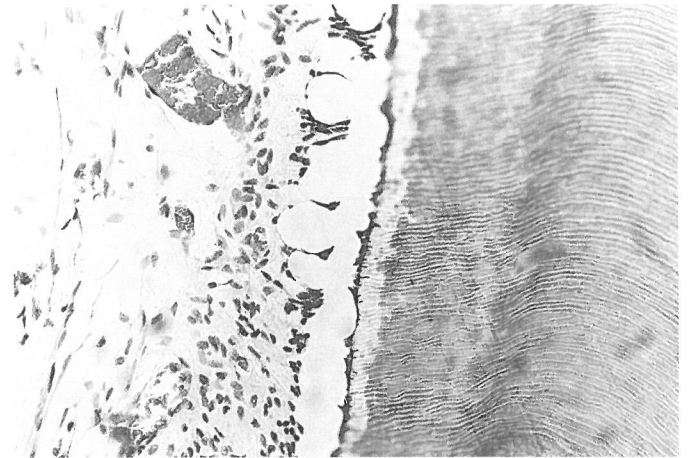


Fig. 8: Corte de dicha prominencia desmineralizado, donde apreciamos una estructura similar a un diente normal, aunque de tamaño muy reducido (HE)

Discusión y conclusiones

Tras ver algunas de las lesiones que pueden ocurrir con los traumatismos surgidos a muy corta edad, entendemos que debemos prestar una especial atención a estos casos, no solo en el momento del accidente sino actuando con gran cautela en el seguimiento posterior, informando y asesorando de las posibles complicaciones.

Creemos necesario realizar una adecuada prevención de los mismos, para lo que proponemos:

- Disminuir los factores predisponentes descritos, procurando realizar una corrección ortodóncica precoz de las maloclusiones existentes.

- Divulgación en medio escolar, intentando educar al niño para que se aleje de determinadas situaciones de peligro (columpios en movimiento, etc.) y sensibilizando a los profesores al respecto.

- Hacer un estudio detallado de la posible afectación del germen del diente permanente, con un exhaustivo seguimiento, procurando que no aparezcan infecciones posteriores, así como evitando los tratamientos intespectivos que puedan impactar más al diente temporal.

Dr. M. López Nicolás, Dr. C. García Ballesta y Dr. M.C. Cabrerizo Merino: profesores de la Escuela de Estomatología de Murcia; Dr. A. Romeo García: profesor Facultad Odontología. Barcelona.

Correspondencia: Escuela de Estomatología de Murcia. C/ Luis Fontes Pagán, s/n. Murcia.

Bibliografía

1. ANDREASEN, J.O., Lesiones traumáticas de los dientes. Editorial Labor, S.A., Barcelona 1.984.

2. ANDREASES, J.O. y RAVN, J.J., Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. J. Oral Surg. 1, 235-239, 1.972.

3. FERGUSON, F.S. y RIPA, L.W., Incidente and traumatic injuries to the anterior teeth of preeschool children. I.A.D.R. Abstracts nº 401.1.979.

4. SCHWARTZ, S.M. Forensic dentistry, en WILLIAM, J.C. et al. Modern Legal medicine, psychiatry and porensc science. Davis Company, Philadelphia 1.982.

5. MJÖR, I.A. y FEJERSKOV, O. Embriología ehistiología oral humana. Salvat, Barcelona 1.989.

6. ANDREASEN, J.O. The influence of traumatic intrusion of primary teth in their permanent successors. A radiographic and histologic study in monkeys. Int j. Oral Surg. 5:207-219. 1.976.

7. BOMIS, M. Lesiones traumáticas en BARBER, T.K. y LUKE, L.S. Odontología pediátrica, Manuel Moderno, México 1.985.

8. ANDREASEN, J.O. y ANDREASEN, F.M., Lesiones dentarias traumáticas. Editoria Médica Panamericana, S.A. Madrid 1.990.

9. ANDREASEN, J.O. y RAVN, J.J. Enamel changes in permanent teeth after trauma to their primary predecessors. Scand. J. Dent. Rev. 81:203-209. 1.973.

La Sociedad Española de Odontopediatria, coincidiendo con la aparición de la revista de la Sociedad "ODONTOLOGIA PEDIATRICA", ha querido celebrarlo con la edición de una Placa, en la que le identificará como miembro de la Sociedad, así como portador de las medidas terapéuticas más cualificadas para el tratamiento de los niños.

Descubra su compromiso con la Excelencia, mostrando en su clínica esta Placa, personalizada, de 15 por 25 cms., de cobre, imprimida por vaciado sobre madera de nogal, con el anagrama esmaltado de la S.E.O.P.

Nombre D.N.I. o C.I.F.
 Apellidos
 Dirección
 Ciudad Código Telf.:
 Envíeme Placas (Precio por unidad 15.000 pesetas).
 Por favor indíquenos aquí, el nombre y el trato que quiere que figure en su Placa

Es un requisito indispensable que acompañe talón nominativo a nombre de la Sociedad Española de Odontopediatria para poder cursar su encargo.

Enviar a: SECRETARIA TECNICA DE LA S.E.O.P.
 Iparraguirre, 34-3º
 48011 BILBAO

INFORMATICA MEDICA

"HOY EN DIA NO HAY RAZON PARA NO INFORMATIZARSE"

INFORMATICA MEDICA, S.A., única empresa con dedicación exclusiva en la creación de software médico, pone a su disposición sus servicios a través del programa **GESDEN**, actualmente **el más utilizado a nivel nacional**.

Próximamente con la nueva versión "GESDEN PLUS" Vd. contará además con una especialidad de su interés: **LA ODONTOPEDIATRIA**.

INFORMATICA MEDICA, S.A. LE ESPERA EN LA REUNION DE SAN SEBASTIAN EN EL MES DE MAYO.

INFORMATICA MEDICA, S.A.

Diputación, 305, 3.º - 1ª - 08009 Barcelona
Telf. (93) 487 50 73 - Fax: (93) 487 50 08

Aversión a la autoridad: un factor a tener en cuenta en Odontología infantil

Boj Quesada J. R.

Abstract

Children who present the type of behavior labeled as aversion to authority are another behavioral challenge for the Pediatric Dentist.

The knowledge of the different factors leading to aversion to authority will help us to know better and manage the problem.

Key words: aversion to authority, behavior, cooperation.

Resumen

Los niños que presentan un tipo de conducta etiquetado como aversión a la autoridad representan un nuevo reto para el odontopediatra.

El conocimiento de los distintos factores predisponentes nos ayudará a conocer y manejar el problema.

Palabras clave: aversión a la autoridad, conducta, cooperación.

Introducción

Aunque la mayoría de niños presentan una aceptable conducta y son buenos pacientes odontopediátricos, algunos tienen miedos y ansiedades que pueden comprometer su colaboración extremadamente. Estos últimos pacientes pueden resultar en casos realmente difíciles y frustrantes para el dentista que los ha de tratar.

Una de las claves en el manejo de estos niños que presentan conductas disruptivas está el diagnosticar con precisión la causa que lleva a dicha conducta. Una de las formas más tradicionales en la caracterización de la conducta de los niños es la de Wright (1) que observa la siguiente clasificación:

- Cooperativos.
- Adolecen de la capacidad para cooperar: niños muy pequeños o niños con problemas físicos o mentales.
- Presentan conductas potencialmente no cooperativas: histéricos, incontrolados, desafiantes, obtinados, tímidos, cooperativos tensos, niños que gimotean y estoicos.

Es básico el conocer la etiología de la conducta no cooperativa, ya que en función de la causa del problema elegiremos una técnica de manejo u otra (2). Así, para el niño con miedo actuaremos con paciencia y mucha calma tratando de ganar su confianza lentamente: sin embargo, para el niño que manifiesta una conducta histérica en una visita

de control deberemos tomar una actitud mucho más autoritaria para que vea que su sobrerreacción no guarda relación con el estímulo real.

Recientemente los odontopediatras que obedece a razones distintas a las tradicionalmente descritas. Pinkhan etiquetó esta nueva categoría de mala conducta como "aversión a la autoridad". (2, 3, 4).

Definición

Se trata de un niño no cooperativo, que presente una mala conducta por razones no relacionadas con trastornos emocionales, introversión o miedo. Esta falta de cooperación está basada en una falta de respeto generalizado hacia la autoridad. El niño de alguna manera refleja las creencias y actitudes de su familia hacia la autoridad o bien la confusión de los padres respecto al concepto de autoridad con el que han de educar al niño, ya que adolecen de una creencia y actitud clara al respecto. Se trata de niños sobre los que los padres no tienen autoridad suficiente, y estos no son vistos por sus hijos como figuras autoritarias. Por extrapolación si el niño no siente a sus padres como personas que representan una autoridad, tampoco lo van a sentir de pediatras, odontopediatras, profesores, cuidadores, etc... El profesional de la odontología es una persona más hacia la cual el niño se siente inseguro de como reaccionar. (2, 3, 5).

Factores predisponentes

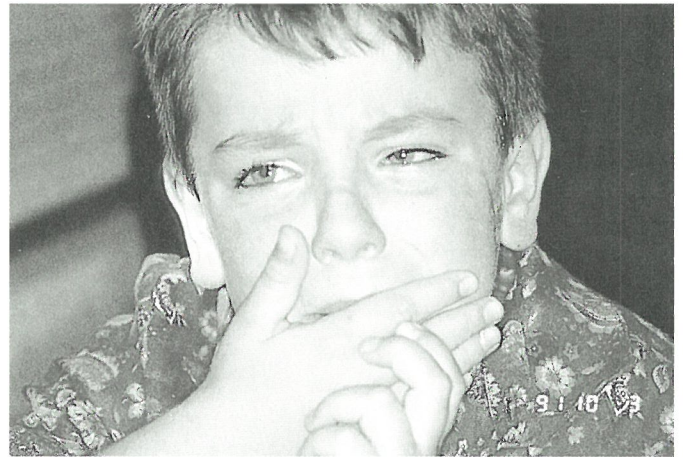
En las últimas décadas las realidades de la vida en nuestra sociedad han cambiado de una forma muy marcada. Los cambios culturales, sociales y políticos han sido variados. La estructura familiar, las tradiciones y las expectativas de educación de cara al futuro eran hace años predecibles en mucha mayor medida que hoy en día. Evidentemente que ser un niño en los años 90 es algo totalmente diferente que ser un niño en los años 60. (6, 7).

Las realidades sociales también han modificado en cierta medida las realidades estructurales familiares para muchas personas. Los padres separados, divorciados, niños viviendo con un solo padre, familias con ambos padres trabajando, abuelos-otros familiares-u otras personas al cargo de los niños y familias con importantes factores que influyen en la vida de un niño (8). En general el tiempo de supervisión e interacción padre-hijo está muy disminuido en la sociedad actual y podemos considerar que muchos niños no tienen la atención que necesitan. El padre que trabaja mantiene conversaciones importantes en contadas ocasiones a lo largo de la semana con su hijo (9). Entonces, otras personas y otras cosas van a jugar su papel en lo que los niños son y en lo que serán.

Hubo unos años en que el "factor protección" jugó un papel marcado en la educación de los niños (no llevo al niño al dentista porque puede ser una experiencia traumática; hoy no llevo al niño al colegio porque no quiere y o le quiero causar ningún trauma; no le reñimos porque puede ser traumático), donde la permisividad fue un factor predominante. Esta "era de protección" ha sido reemplazada hoy en día por la "era de preparación" (10). Los adultos actúan de manera menos protectora y exponen a sus hijos antes a aspectos de sexualidad adulta, violencia, injusticia y sufrimiento. Los niños pueden convertirse en "menos niños" como una imagen pequeña en espejo del adulto, jugar menos, ser menos obedientes y más escépticos.

Parece también que algunos padres hayan delegado a la televisión funciones que a ellos debería corresponder. En lugar de dedicar el tiempo a socializar al niño, a sentar unas bases de actuación y unos límites desde una posición de autoridad, dejan que los niños sean expuestos a un volumen de horas de televisión muy poco recomendables. Por otro lado los niños a través de la televisión entran dentro de un mundo adulto confuso que pone en peligro y en entredicho la confianza y credibilidad en la autoridad de los mayores.

La falta de capacidad de los padres para sentar unos límites en lo que debe ser la actuación de sus hijos puede obedecer a sus propias inseguridad. Si estos padres no comparten ciertas normas sociales que existieron en un



El joven paciente no parece estar dispuesto para aceptar de buen grado las instrucciones del profesional

pasado pero no saben exactamente cuales son los cambios a realizar que les permitan sentirse cómodos, evidentemente viven cierta inseguridad y no transmitirán seguridad a sus hijos.

Los sentimientos de confianza y autoridad de los padres son fundamentales y básicos en el desarrollo psicológico de un niño (11, 12, 13, 14). Los cambios en las normas sociales son un constante desde la existencia de la humanidad y el ritmo de cambios que se ha venido produciendo en los últimos años ha sido acelerado. Existe en nuestros días, según Mead (15), una falta de confianza en los gobiernos, abogados, médicos, instituciones religiosas, políticos y profesores; ello ayuda a que los niños perciban estas desconfianzas de los adultos y sin duda repercute en que les sea más difícil el desarrollar los sentimientos de confianza y autoridad tan importantes que mencionamos anteriormente.

Traducciones palpables de estos cambios pueden apreciarse en algunos estamentos. Ciertos profesores en colegios parecen desconfiar de su propia autoridad y empiezan a tratar a los niños como si estuviesen a su nivel. Así los niños desarrollan una actitud de más desconfianza y menos respeto hacia el profesor; además se les facilita el que puedan exagerar el valor de sus puntos de vista y acentuar las diferencias de sus discrepancias con el mundo de los adultos.

Esta serie de características sociales y familiares, en combinación con características inherentes propias de personalidad pueden dar como resultado final el niño con "aversión a la autoridad". No se trata del niño que plantea problemas por las causas tradicionales en nuestra especialidad sino porque el profesional representa una persona con autoridad.

Consideraciones

El profesional de la odontopediatría tiene necesidad de conocer los cambios sociales que se producen y que pueden afectar al nivel de cooperación de sus pacientes. La utilización de las técnicas de manejo de conducta ha ido variando a medida que las nuevas investigaciones han ido aportando nuevos conocimientos y a medida que los profesionales nos hemos ido adaptando a los cambios socioculturales que han tenido lugar. (16,17,18,19).

Hemos de tener la mente abierta a las novedades y cambios que se produzcan puesto que es la única manera razonable para que podamos tratar con éxito los casos de problemas de conducta que se nos presentes, como es el caso de los niños con "aversión a la autoridad". Siempre tenemos que ir reexaminando nuestras técnicas para ir las adaptando a las nuevas necesidades que comportan los cambios en las interpretaciones tradicionales.

Para finalizar me gustaría resaltar dos consideraciones que creo fundamentales. Por un lado, los profesionales hemos de evitar una confrontación con los padres a causa de distintos puntos de vista, pero a la vez hay que tratar que sus opiniones y filosofía personal no interfieran con la provisión del mejor cuidado a sus hijos. La comunicación será el elemento clave para que ello sea posible.

Dr. Juan Ramón Boj Quesada, Profesor Asociado, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Dr. Juan Ramón Boj Quesada, Prats de Molló, 10. 08021-Barcelona.

Bibliografía

- 1.- Wright GZ: Behavior management in dentistry for children. Saunders Company, Philadelphia, 1975.
- 2.- Pinkham JR: Recognizing behavior problems in the pediatric dentistry patient. Practical Reviews in Pediatric Dentistry, AAPD, vol. 1, n.1, 1990.
- 3.- Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, Tc Tighe DJ, Nowak AJ: Pediatric Dentistry: infancy through adolescence. Saunders Company, Philadelphia, 1988.
- 4.- Pinkham JR: Behavioral themes in dentistry for children 1960-1990. J. Dent Chil 57:38-45, 1990.
- 5.- Sirrakou E., Levy, D: Adversion to authority. Table clinic AAPD, San Antonio, Texas, 1991.
- 6.- Shulman JL, Hanley KK: Anticipatory guidance. Willian and Wiljins, Baltimore, 1987.
- 7.- Dreikurs R, Soltz RN: Children: the challenge. Hawthorn Books, New York, 1964.
- 8.- Packard VO: Our endangered children growing up in a changing world. Little Brown company, Toronto, 1983.
- 9.- Louv R: Childhood's future. Houghton Mifflin Company, Boston, 1990.
- 10.- Winn M: Children without childhood. Pantheon Book, New York, 1983.
- 11.- Freud S: Obras completas. Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- 12.- Jones E: Vida y obra de Sigmund Freud. Ediciones Horme, Buenos Aires, 1989.
- 13.- Wolman BB: El niño ante el temor y el miedo. Lasser Press Mexicana, México, 1980.
- 14.- Adler A: What life should mean to you. Capricorn Books, New York, 1958.
- 15.- Mead M: Culture and commitment: the new relationships between the generations in the 1970's. Columbia University Press, New York, 1978.
- 16.- Choate BB, Sue N, Parker WS, Wilson C: Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. Pediatr Dent 12:83-6, 1990.
- 17.- Acs G, Musson CW, Burke MJ: Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors. Pediatr Dent 12:364-7, 1990.
- 18.- Acs G, Burke MJ, Musson CW: An updated survey on the utilization of hand over mouth and restraint in postdoctoral pediatric dental education. Pediatr Dent 12:298-302, 1990.
- 19.- Wilson S, Antalis D, Mc Tighe Dj: Group affect on parental rating of acceptability of behavior management techniques used in pediatric dentistry. Pediatr. Dent 13:200-3, 1991.

Corrección de mordida cruzada anterior afectando a un incisivo permanente

Estrela Sanchis F., Almerich J. M., Gascón Mayordomo F.

Resumen

El objetivo del presente trabajo, es evaluar un método pasivo, mediante la creación de un plano inclinado de composite, para la corrección de la mordida cruzada anterior afectando a un solo incisivo. Se seleccionó un total de 20 niños de una semana de tratamiento, demostraban que en todos los casos el incisivo superior permanente, había conseguido una posición correcta.

Palabras clave: mordida cruzada, incisivo, plano inclinado y composite.

Introducción

Cuando la erupción de los incisivos superiores se desarrolla en una posición lingual respecto de los inferiores, hablamos de mordida cruzada anterior. Pueden estar implicados uno o más incisivos y ser debido a la existencia de un patrón esquelético con prognatismo mandibular, u obedecer a una causa localizada que provoca una lingualización del incisivo en su alveolo.

Este tipo de malposición, se desarrolla en edad temprana con frecuencia de 4-5% (Sim, 1.977; Mcdonald, 1.983 y Magnuson, 1.985).

En referencia a las mordidas cruzadas de discrepancia localizada, podemos encontrar que las causas que con más frecuencia la pueden ocasionar son: la presencia de un supernumerario, traumatismos en los incisivos temporales maxilares o una longitud de arco insuficiente.

La evolución clínica de este tipo de patología, cuando no se corrige tempranamente, conduce a la producción de abrasiones en la corona clínica de los incisivos superiores e inferiores, inflamación y daño de los tejidos periodontales y de soporte, e incluso pérdida de espacio por migración de los dientes adyacentes. (Sim, 1.977; Macdonald, 1.983 y Canut, 1;988).(Fig. 1 y 2).



Fig. 1: Abrasión de la corona en el incisivo superior e inferior

Por ello, una vez establecido el correcto diagnóstico y causa de la mordida cruzada, debe instaurarse un tratamiento inmediato que soluciones el problema en fase de dentición mixta.

El objetivo del presente trabajo, es evaluar un método pasivo de corrección de la mordida cruzada de un solo incisivo permanente, mediante la creación de un plano inclinado de composite adherido directamente al propio diente.



Fig. 2: Inflamación y retracción del tejido periodontal en el incisivo inferior

Material y métodos

Se seleccionó un grupo de 20 niños, de edad comprendida entre los 6 y 8 años que presentaban una mordida cruzada anterior localizada a nivel de un incisivo central permanente. (Fig 3)

En el protocolo de selección de los casos, se implantaron como requisitos para la aplicación del tratamiento interceptivo, que:

- El niño se encontrase en estado de dentición mixta, con oclusión de los primeros molares permanentes en clase I.

- En el estudio radiológico efectuado en cada caso, no se debía observar ningún elemento responsable del desplazamiento del incisivo superior, y la posición apical de la raíz del diente debía ser normal, es decir, que no había vestibuloversión del incisivo que se encuentra en mordida cruzada. (Fig 4).

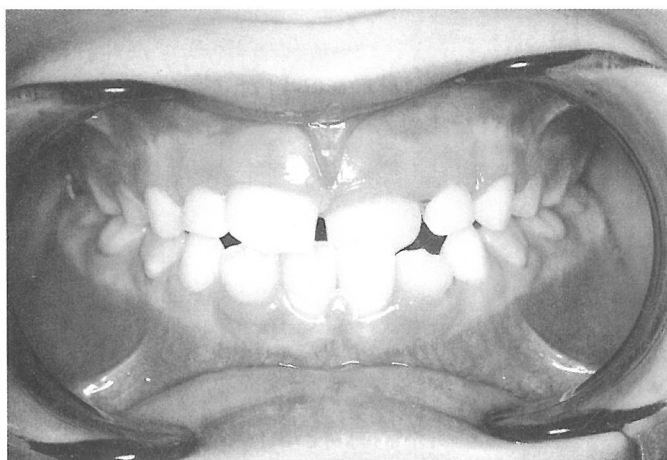


Fig. 3: Incisivo central superior en mordida cruzada

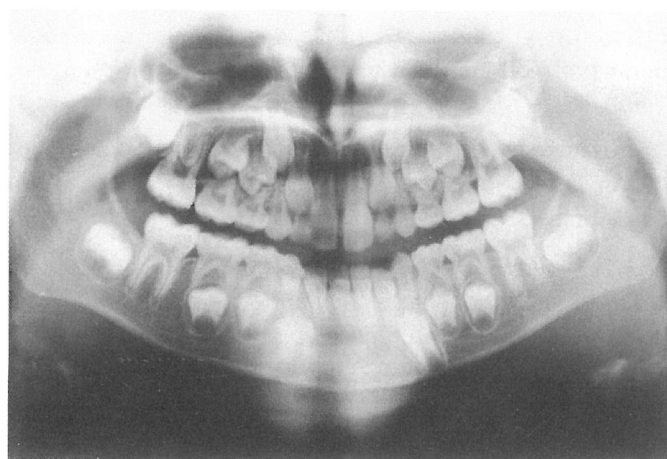


Fig. 4: Estudio ortopantomográfico

- Existir suficientemente espacio mesiodistal para poder desplazar vestibularmente el incisivo.

En todos los casos se instauró un tratamiento interceptivo pasivo, creando un plano inclinado de composite sobre el incisivo inferior.

Para su aplicación, se limpió la superficie del esmalte y se grabó con ácido ortofosfórico durante 60 segundos, se lavó con agua a presión durante 30 segundos, se secó y se aplicó resina de unión y capas de un composite de tipo híbrido a nivel incisal, creando un plano con una inclinación de unos 45° respecto del eje longitudinal del diente, hasta alcanzar una altura de 3-4 mm, aproximadamente (Fig. 5).

Se chequeó la oclusión, comprobando que el único contacto entre ambas arcadas era entre el incisivo inferior, existiendo una disoclusión posterior (Fig. 6).

Se instruyó al niño sobre el nuevo tipo de oclusión y se



Fig. 5: Plano inclinado de composite sobre el borde incisal del incisivo inferior

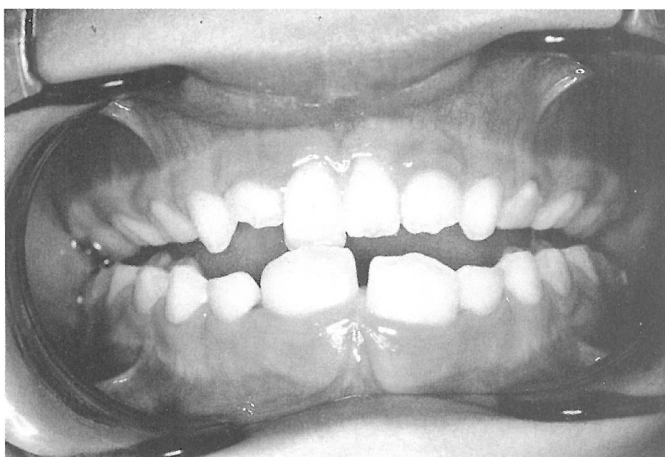


Fig. 6: Oclusión del incisivo superior sobre el plano de composite y disoclusión posterior

le recomendó el seguimiento de una dieta e higiene habitual.

A las 48 h. de la instauración del tratamiento, se hizo un primer control y el siguiente y último, una semana más tarde, procediendo a retirar la resina compuesta mediante pulido.

Resultados

En el primer control, realizado a los 48 h., se observó que el incisivo superior presentaba un cierto grado de vestibulización con disminución de la mordida abierta posterior. (Fig. 7).

Al cabo de una semana de aplicar el tratamiento, se comprobó que en todos los casos, el incisivo se encontraba en su posición correcta y que la disoclusión posterior había desaparecido. En este momento se procedió a eliminar el plano inclinado.

Se interrogó al niño si había presentado algún tipo de molestia o disconfort durante el periodo del tratamiento, en todos los casos la respuesta fue negativa.

Se chequeó la oclusión, y se comprobó que la propia posición del incisivo superior con su sobremordida con respecto al inferior actuaba como retenedor para evitar la recidiva. (Fig. 8).

Se hizo una revisión de los 20 casos tres meses más tarde y se comprobó que en ninguno de ellos existía recidiva.

Discusión

Entre los métodos pasivos descritos en la literatura para corrección de mordida cruzada anterior encontramos: el

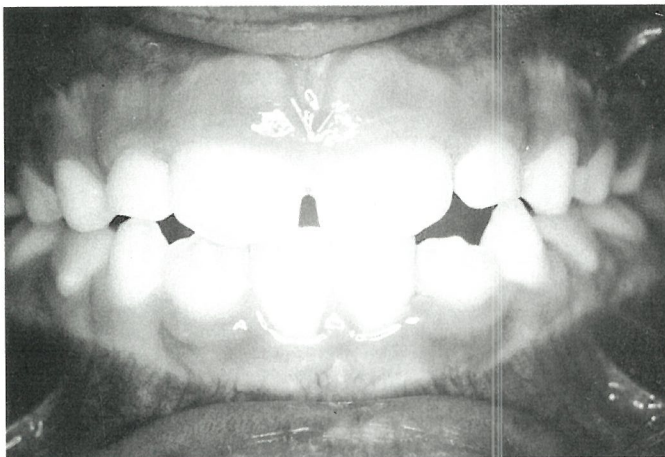


Fig. 7: Disminución de la disoclusión posterior dos días después de comenzar el tratamiento

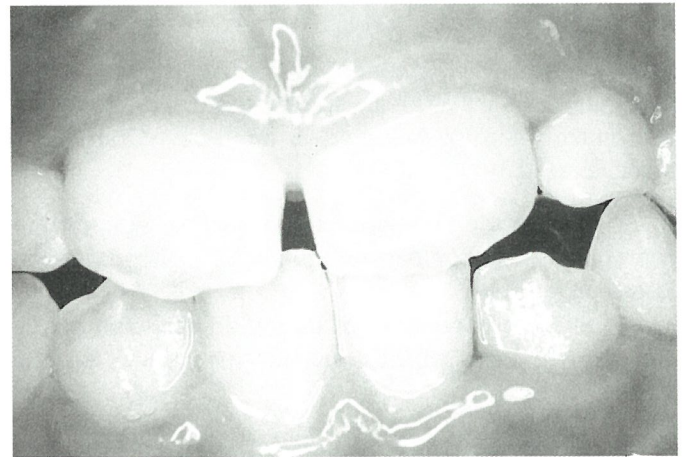


Fig. 8: Incisivo central superior en su posición correcta.

bajalenguas, las coronas de acero invertidas y los planos inclinados de acrílico cementados.

El momento ideal para la aplicación del bajalenguas, es cuando se está iniciando la erupción de los incisivos y antes de que se produzca la linguoclusión. Si se aplica en esta fase, podemos corregir la mala dirección en la erupción del incisivo superior y evitar que quede bloqueado por los inferiores. Pero esto requiere un diagnóstico en esta fase inicial de la erupción y una total cooperación por parte del paciente, que en la mayoría de los casos es difícil de conseguir (Mayoral, 1986 y Urizar, 1988).

La aplicación de una corona de acero invertida en el incisivo superior, es un recurso sencillo con el que conferir la corrección de la mordida cruzada. El problema que plantea es la falta de estética, que implica su rechazo por parte del niño y de los padres (Sexto and Croll, 1983).

El plano inferior de acrílico, precisa una fase de laboratorio, que encarece el tratamiento, y al cementarse sobre un grupo de seis dientes inferiores, puede dar lugar a un disconfort y gingivitis en la zona por falta de higiene durante el periodo del tratamiento (Croll and Riesenberg, 1988).

Los aparatos de tipo activo, son de más compleja elaboración y están indicados cuando la mordida cruzada afecta a más número de dientes (Sim, 1977 y Croll, 1988).

Las ventajas que ofrece la terapia interceptiva mediante la creación de un plano inclinado de composite, radica en que es un dispositivo fijo que cumple su objetivo de forma cómoda; es seguro y se aplica de forma rápida y sencilla; precisa de un mínimo número de visitas clínicas y es estéticamente aceptable.

Por último, proporciona una corrección rápida de la mordida cruzada del incisivo permanente, sin daño para el

diente ni el tejido periodontal de sostén, ya que son las propias fuerzas oclusales y de masticación las que desplazan vestibularmente al diente, deslizándolo sobre el plano inclinado, en un breve espacio de tiempo.

Conclusiones

La mordida cruzada anterior que afecta a un solo incisivo, es una malaoclusión que requiere la instauración de un tratamiento inmediato con el fin de evitar los trastornos secundarios que derivan de su mantenimiento en boca.

Después de un correcto diagnóstico, clínico y radiológico, la corrección de la linguoclusión del incisivo superior con un método pasivo, mediante la creación de un plano inclinado de composite, nos puede ofrecer las siguientes ventajas:

1. Sencillez y facilidad de aplicación.
2. Estética y confort para el paciente.
3. Coste Bajo.
4. Corta duración del tratamiento.

Bibliografía

- Canut J.A et al.: Ortodoncia Clínica. 1º ed. Salvat 1.988 pp.: 144.
- Croll T.P. and Riesenber R.E.: Corrección de la mordida cruzada anterior en la dentición temporal mediante planos inclinados fijos (I). Técnica y ejemplos. Quintessence Ed. Española, 1: 546-52, 1.988a.
- Croll T.P. and Riesenber R.E.: Corrección de la mordida cruzada durante la primera dentición mediante el uso de planos inclinados fijos (II). Más ejemplos y discusión. Quintessence Ed. Española, 1: 623-29, 1.988b.
- Magnuson B.O. Pedodontics: A sistematic approach, 1º ed. Copenhagen: Munksgaard, 1.981 pp. 255-76.
- Mayoral P.: Linguoclusión de los incisivos superiores en dentición mixta. Rev. Iberoamer. de Ortod., 6: 15-22, 1.986.
- Mcdonald R.E. and Avery D.R.: Odontología para el niño y el adolescente. 4º ed. Mundi 1.983, pp.: 550-56.
- Sexton T. and Carroll T.P. Anterior crossbite correction in the primary dentition using reserved stainless steel crowns. J. of Dentistry for Children, march-april: 117-20, 1.983.
- Sim J.: Movimientos dentarios menores en niños. 2º ed. Mosby Co., 1.977 pp.: 243-71.
- Urizar M.A.: Ortodoncia Imperceptiva. Ortod. Espa, 29: 65-67, 1.988.

Dra. Filomena Estrela Sanchis y Dr. José Manuel almerich: Profesores Asociados, Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia; Dr. Francisco Gascón Mayordomo: Profesor titular, Facultad de Medicina y Odontología. Univesidad de Valencia.

Publicado en
CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY
"INTERCEPTIVE CORRECTION OF
ANTERIOR CROSSBITE"

Filomena Estrela / José Almerich / Francisco Gascón.
 Vol 15, Núm. 3/1991. P.: 157-159.

Dr. Etiquette, analizador de aliento

Un analizador de bolsillo, llamado Dr. Etiquette se ha comenzado a comercializar por una compañía japonesa, construido a base de un semiconductor que "huele" los metil mercaptanos. Parece que éstos son producidos por las bacterias y son la causa fundamental de la halitosis.

Los usuarios de este aparato deberán llevarlo a la boca y lanzar su aliento; el aparato lleva tres lucecitas que parpadean dependiendo de la intensidad del olor. Así cuando el Dr. Etiquette considera que el aliento es soportable socialmente, se enciende una lucecita verde, ámbar cuando la cosa ya no está tan clara y roja cuando la fetidez de nuestro aliento pudiera poner en peligro el éxito de nuestras relaciones sociales.

Los fabricantes del aparato, que se comercializa en Estados Unidos y Japón al precio de 125 dólares, afirman que muchos compradores pagarán con gusto tan alto precio.

Dientes dobles: presentación de casos

Llena Puy C., Catalá Pizarro M., Forner Navarro L.

Introducción

El hallazgo de variaciones morfológicas tanto en dentición temporal como permanente es un hecho relativamente frecuente, y difícil de definir y clasificar debido a su variabilidad y a la multitud de conceptos implicados en la terminología.

Así pues, geminación se refiere conceptualmente al intento infructuoso de división de un germen, mostrando clínicamente dos coronas unidas o separadas por una pequeña hendidura, una sola raíz y una cámara pulpar que puede estar aumentada de tamaño. Los dientes que presentan esta anomalía tienen mayores diámetros mesiolingual y bucolingual, lo cual con frecuencia conduce a la aparición de malposiciones, apiñamiento y/o hendiduras gingivales.

Desde el punto de vista de la clasificación clínica, debe señalarse que el número de dientes en la arcada, considerando el diente anómalo como una unidad, no está alterado.

Cuando un germen dental se divide por completo en dos, dando lugar a dos dientes separados idénticos, el término que se emplea es gemelación. Ambos conceptos son el resultado del mismo intento inicial de duplicación del germen. Pero en el segundo caso, cuando se producen dos dientes gemelos, el número total de dientes en la arcada estará aumentado.

El término fusión hace referencia a la unión de dos o más gérmenes dentales, en algún estadio de su desarrollo, dando lugar a un diente único. La fusión puede ser completa o parcial y dependiendo de donde tenga lugar, puede ser de cemento, dentina o esmalte. Puede tener lugar entre gérmenes normales, un germen normal y un supernumerario o entre dos gérmenes supernumerarios. En el primer caso el número total de dientes en la arcada estará disminuido mientras que será normal en el segundo y estará aumentando en el último.

Debido a que ambos procesos pueden ocurrir en diferentes estadios del desarrollo dental dando como resultado una gran variabilidad en la morfología clínica el diagnósti-

co es a veces difícil incluso desde el punto de vista radiológico (1, 2). Probablemente por ello muchos autores prefieren utilizar el término "dientes dobles" para denominar la imagen clínica observada, especificando la posible causa de la variación morfológica detectada.

Hay pocas referencias bibliográficas respecto a la frecuencia de estos problemas. Según Mezener (3) en dentición temporal es la tercera anomalía por frecuencia siendo la primera la presencia de agenesias y la segunda la presencia de supernumerarios.

Clayton (4) en un estudio sobre 3.557 niños de 12 años de edad encuentra 70 casos de fusión o geminación (1,9%).

Boyne (5) refiere dos casos de geminación en un estudio sobre 2.000 pacientes (0,1%).

Grover y cols. (6) detectan 5 geminaciones y 9 gemelaciones en un estudio sobre 5.000 ortopantomografías (0,28%).

La mayoría de los trabajos publicados se limitan a presentar casos aislados de geminación, fusión y gemelación (7-20).

El presente trabajo expone varios casos clínicos de fusión, geminación y gemelación en dentición temporal y permanente.

Caso nº 1

Un paciente de 45 años de edad de origen brasileño presenta a la exploración dos molares dobles en la localización de los terceros molares mandibulares. El molar situado en la hemimandíbula derecha, muestra dos coronas, una de las cuales tiene cuatro cúspides una fosa central y los surcos de desarrollo correspondientes, mientras que la otra muestra también cuatro cúspides irregularmente dispuestas (fig.1). En la radiografía se detecta una única cámara pulpar y dos raíces convergentes, morfología perfectamente compatible con la correspondiente al tercer molar mandibular (fig. 2).



Fig. 1



Fig. 3



Fig. 2



Fig. 4

El molar situado en la hemimandíbula izquierda muestra también una corona doble con siete cúspides y dos fosas centrales de las que emergen los surcos de desarrollo. Radiográficamente se observa una cámara pulpar única y dos raíces aparentemente separadas, imagen relativamente frecuente en estos dientes. (fig. 3).

Las imágenes clínica y radiológica, sugieren el diagnóstico de geminación bilateral del tercer molar mandibular.

Caso nº 2

Se trata de una mujer de 43 años que presenta un segundo molar mandibular izquierdo cuya corona mide mesiodistalmente 14.3 mm. y cuyo diámetro bucolingual es de 10.2 mm. La porción mesial de la corona tiene una fosa central con cuatro cúspides mientras que la porción distal presenta tres cúspides. Radiográficamente se detecta

una cámara pulpar única mayor de lo habitual, y dos canales de auriculares.

La apariencia clínica y radiológica es por tanto la de una geminación del segundo molar mandibular (fig.4).

Caso nº 3

Se trata de un niño de cinco años de edad con un diente doble en la posición más mesial de la hemimandíbula izquierda. Considerando el diente anómalo como un unidad, existen solo ocho dientes en la arcada inferior mientras que en la superior hay diez dientes como es habitual. Clínicamente el diente anómalo presenta en sus aspectos vestibular y lingual una hendidura divisoria (fig. 5). en la radiografía se aprecian dos canales radiculares perfectamente diferenciados mientras que la división a nivel de la cámara pulpar es incompleta (fig.6).

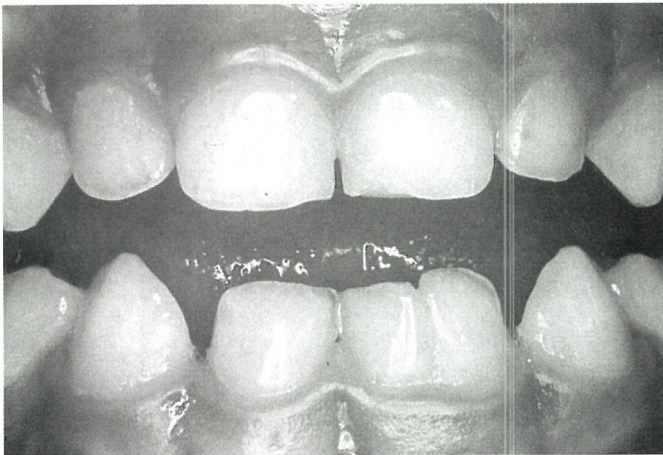


Fig. 5

En base a los hallazgos clínicos y radiológicos, se puede afirmar que se trata de una geminación asociada a una agenesia bilateral, o por lo contrario podría tratarse de un caso complicado de patología del desarrollo si se cataloga como una fusión del incisivo central y lateral de un lado junto a agenesia del incisivo lateral del otro lado.



Fig. 6

Caso n° 4

Niño de 4 años de edad que se presenta con un diente doble en la porción más mesial de la hemimaxila izquierda. Considerando el diente anómalo como una unidad, el número total de dientes en la arcada es normal (diez dientes). Clínicamente se aprecia una división clara de la corona en dos fragmentos (fig. 7). La radiografía muestra dos cámaras pulpares y un canal radicular parcialmente dividido en dos.

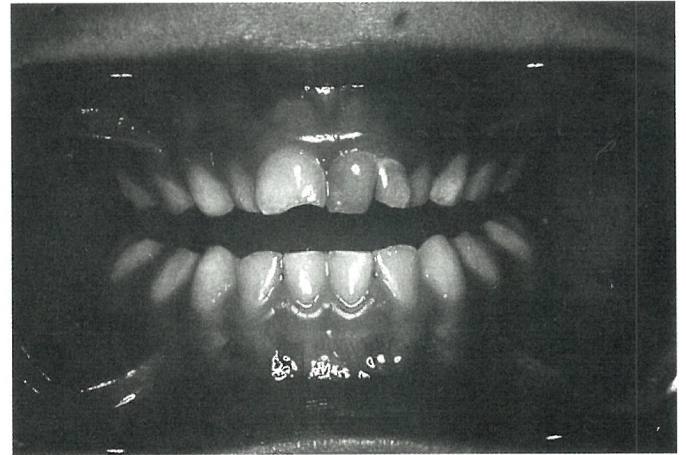


Fig. 7

En base a los hallazgos clínicos se trata pues de una geminación del incisivo central temporal superior izquierdo.

Caso n° 5

Niño de cuatro años de edad que presenta dos dientes dobles simétricos en la arcada inferior. Considerando los dientes anómalos como una unidad cada uno de ellos, el número total de dientes en la arcada está disminuido en dos unidades (ocho dientes en vez de diez como cabría esperar).

A la observación clínica se aprecia en ambos dientes una dehiscencia a nivel de la corona que delimita dos fragmentos en los que el diámetro longitudinal predomina sobre el transversal (fig.8). Radiográficamente los dos dientes muestran un aspecto simétrico con una clara sepa-



Fig. 8

ración entre las dos cámaras pulpares y los dos canales radiculares. Se detecta también una agenesia del incisivo lateral mandibular izquierdo. La extracción de uno de los dientes dobles pulpares y dos canales radiculares perfectamente individualizados (fig. 9).

En base a la información clínica y radiológica puede diagnosticarse una fusión completa bilateral de los incisivos laterales y caninos mandibulares.



Fig. 9

Caso nº 6

Se trata de un niño de ocho años de edad, que presenta un incisivo lateral permanente inferior que podría ser catalogado como macrodóntico. No existe ninguna línea de separación en los aspectos vestibular y lingual de la corona, pero puede apreciarse una ligera demarcación que cruza el aspecto vestibular, acabando en un pequeño



Fig. 10

mamelón incisal. (fig. 10). La radiografía muestra una cámara pulpar en la que parece haber un septo de separación, más evidente a nivel radicular donde se aprecian dos canales radiculares diferenciados (fig. 11). El número total de dientes en la arcada es el habitual.

Puede deducirse de la imagen clínica y radiológica que se trata de un caso de geminación del incisivo permanente lateral inferior izquierdo.



Fig. 11

Caso nº 7

Niño de nueve años de edad con un diente doble en la hemimandíbula izquierda. Existen cinco incisivos. La corona clínica es normal. Radiográficamente se aprecian dos coronas y dos raíces perfectamente separadas (fig. 12).

Se trata evidentemente de una gemelación.



Fig. 12

Discusión

Habitualmente este tipo de patologías suponen un hallazgo casual ya que no suelen acompañarse de otros signos más que la estética especial del diente o problemas de apiñamiento secundario.

Debido a la relativa baja frecuencia con que se presenta, se dispone de pocos datos acerca de su etiología y prevalencia.

Experimentalmente se ha comprobado que la administración de altas dosis de vitamina A a ratas gestantes, produce anencefalia en los fetos, asociada a fusión dentaria (21, 22, 23). Sin embargo no se obtuvo la misma incidencia de fusiones dentarias cuando la anencefalia se provocaba mediante la inyección de trypan blue para producir un déficit de riboflavina (24).

La asociación de anomalías dentales con desórdenes cerebrales tanto en animales de experimentación como en los mamíferos, pone de manifiesto el papel de la cresta neural en el desarrollo dental.

Experimentalmente se ha obtenido un relativo porcentaje de fusiones a nivel de incisivos centrales y laterales en perros de raza Terrier mediante endogamia observando histiológicamente que el desorden primario es la persistencia de la lámina interdental, y apoyando el papel de la herencia en este proceso, al menos en esta raza de perros (24).

Por otro lado ni en los casos presentados en este trabajo ni en los aludidos en las referencias bibliográficas, existía en los pacientes alteración neurológica alguna que apoye este tipo de factor etiológico.

La fusión es más frecuente en la dentición temporal que en la permanente y afecta habitualmente a incisivos y caninos. Existen datos que apoyan una cierta frecuencia de asociación entre alteraciones por fusión en dentición temporal y agenesia en dentición permanente tal y como se observa en el caso nº 5.

La geminación también se presenta con mayor frecuencia en dentición temporal afectando fundamentalmente a incisivos y caninos. En dentición permanente puede afectar a premolares y molares tal y como se ha visto en algunos de los casos presentados.

Para algunos autores, es difícil distinguir los conceptos de fusión y geminación y por ello los incluyen en un sólo término "diente doble" (26,27,28) o "dientes unidos" (29) diferenciando dentro de este término:

1. Fusión: cuando dos o más gérmenes se juntan durante la formación de la corona.

2. Concrecencia: unión de las raíces a nivel de cemento una vez se ha formado la corona.

3. Geminación: intento de división de un germen dental durante su formación. si la división tiene lugar formando dos dientes idénticos, se tratará de una gemelación.

En la mayoría de los casos los hallazgos clínicos y radiológicos solo contribuyen a establecer un diagnóstico de presunción, ya que la terminología específica descrita, hace referencia a la etiología del proceso y ésta difícilmente puede determinarse. La evaluación del número de dientes presentes en la arcada solo tiene utilidad cuando se asocia la presencia de agenesias o supernumerarios. cuando esta patología se añade (caso nº 3) no es posible llegar a un diagnóstico de confirmación y este hecho justificaría la preferencia de los autores por la utilización del término "dientes dobles" que ayudaría a clarificar la información aportada en los diferentes trabajos publicados, evitando posibles errores diagnósticos debidos a la evaluación subjetiva errónea de los casos.

Bibliografía

- 1.- Mascrés CH. anomalies du développement dentaire. In: Encyclopedie medico-chirurgicale. Stomatologie 22032 H-10-4-6-06. Paris:6-12.
- 2.- Piindborg JJ. Abnormalities of tooth morphopogy. In: Pathology of the dental hard tissues. Copenhagen: Scandinavian University. Books; 15-6-, 1970.
- 3.- Menezzer LF Anomalies of the primary dentition J. Dent Child 22:93-100,1955
- 4.- Clayton JM Congenital dental anomalies in 3557 children. J Dent Child 23:206-208, 1956.
- 5.- Boyne PJ Geminación: Report of two cases JADA 50:194,1955.
- 6.- Grover PS. Carpenter WM. Allen GW. Panographic survey of U?S? Army recruits' Analysis of dental health status Milit Med: 147:1059-1061, 1982.
- 7.- Ucok M. fusion involving both maxillary central incisors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 58:238-239, 1984.
- 8.- Patel JR. Geminación. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 57:232. 1984.
- 9.- Hideo Fujita, Ikuo Ohomori Median incisor fución Oral Surg Oral Med Oral Pathol 57:232, 1984.
- 10.- Ruprecht A.D. Cram R. Geminación of the mandibular right lateral incisor Oral Surg Oral med Oral Pathol; 57:693, 1982.
- 11.- Maia Melhado R., Matheus G. Conrado L.A. Bilateral gemination Oral Surg Oral med Oral Pathol 54:605, 1982.
- 12.- Reichart P.A. Duplication of all permanent premolars Oral Surg Oral Med Oral Pathol 53:437, 1987.
- 13.- Mader C.L. Unerputec, geminated, supernumery premolar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 53:653, 1982.

14.- Krier P.W. Complete fusion Oral Surg Oral Med Oral Pathol 53:109, 1981.

15.- Slome B.A. Twin third molar tooth buds Oral Surg Oral Med Oral Pathol 53:111, 1981.

16.- Goran Knezevic Geminated supernumerary tooth with fracture Oral surg Oral Med Oral Pathol 51:218, 1981.

17.- Powell R.E. Fusión of maxillary lateral incisor and supernumerary tooth. Oral sug Oral Med Oral Pathol 51:331, 1981.

18.- Atkins C.O. Mourin A.P.A Management of a supernumerary tooth fused to a permanent maxillary central incisor Oral surg Oral Med Oral Pathol 61:146-148, 1981.

19.- Steelman R., Tnkler D., Kerr V., Jordan C. Geminación, hypodontia, and supernumerary teeth Oral Surg Oral Med Oral Pathol 62:737, 1986.

20.- Grover P.S. Lorton L. Germination and twining in the permanent dentition. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 59:313-318, 1985.

21.- Knudsen P.A. Congenital malformations of upper incisors in exencephalic mouse embryos induced by hypervitaminosis A. E. Types and frequency. Acta Odont Scand 23:71-90, 1965.

22.- Knudsen P.A. Fusion of upper incisors at bud or cap stage in mouse embryos with exencephaly induced by hypervitaminosis A. acta Odont Scand 23:449-565, 1965.

23.- Knudsen P.A. Malformations of upper incisors un mouse

embryons exencephaly induced by trypan blue. Acta DONT Scand 24:647-675, 1966.

24.- Hitchin A.D. Morris I. Geminated odontome-connation of the incisors in the dog, its etiology and ontogen J. Dent Res 45:575-583, 1966.

25.- Gysel C. La fusión et la gemination des dents temporaires au regard des definitives Rev Belg med Dent 20:35-86, 1965.

26.- Nik-Noriah, Nik-Huseeis teeth with hypodontia in indentical twins J. Dentes Child 54:179-181, 1987.,

27.- Batniji S., El-Neweihi E. Double teeth: The incidence of gemination and fusion. Pedodont, 9:332-337, 1985.

28.- Gellin M.E. The distribution of anomalies of primary anterior teeth and their effect on the permanent sucesors. In: Spedding R.H. Symposium of pedodonties. The dental clinics of North América: Philadelphia: W.B. Saunders company 69-80, 1984.

29.- Jarvinen S. Lwhtinen L. Milen A. Epidemiologic study of joined primary teeth in Finnish children Community Dent Oral Epidemiol, 8:201-202, 1980.

Publicado en
CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY
 Vol 15, Núm. 2/1991

¿ Quisiera recibir ODONTOLOGIA PEDIATRICA 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 Odontopediatria se compromete a editar tres números anuales de temática relacionada con la odontología infantil. El importe anual de la suscripción es de 4.000 pesetas, que las podrá abonar, bien enviando talón nominativo a nombre de la Sociedad Española de Odontología. C/ Iparraguirre, 34-3º. 48011-Bilbao, o bien rellenando los datos de domiciliación bancaria y enviándolo a su banco.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

Banco o Caja Ahorros N° Suc.:

Dirección

Población..... C. P.:

Cuenta Corriente N°

Nombre del Titular

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

Atentamente

Firma del titular

DOCUMENTO PARA EL BANCO

Manejo del espacio: I Bases

Mendoza Mendoza A., Solano Reina E.

Resumen

El presente trabajo, pretende hacer especial hincapié en la importancia para el Odontopediatra de unos conocimientos básicos sobre la evolución fisiopatológica de la dentición, siendo uno de los factores más importantes en la prevención de la maloclusión la preservación de los dientes de leche hasta el momento de su exfoliación, o en su defecto la conservación del espacio mediante aditamentos diseñados para este efecto hasta la erupción de los dientes permanentes.

Palabras clave: Desarrollo de la oclusión, Manejo del espacio.

Dada la extensión del tema, hemos dividido el trabajo en tres apartados:

- I Bases fisiopatológicas del desarrollo de las arcadas.
- II Mantenedores de espacio.
- III Recuperadores de espacio. (Se publicará próximamente en O.P.)

Bases fisiopatológicas del desarrollo de las arcadas

Introducción

La comprensión de los fundamentos básicos en la evolución fisiológica de la dentición, permitirá al clínico afrontar ciertas situaciones en dentición temporal y mixta, que podrán conducir a unas correctas pautas de tratamiento ante la pérdida prematura de piezas temporales, pudiendo el odontopediatra, realizar las ayudas necesarias para guiar el recambio dentario. Para ello, ha de conocer las bases fisiológicas de la evolución de las arcadas, así como la fisiopatología eruptiva de las propias piezas dentarias:

A/- Cronología y secuencia.

B/- Patología eruptiva.

C/- Crecimiento y desarrollo normal de las arcadas dentarias.

A/-CRONOLOGIA SECUENCIA

1º.- Los dientes comienzan a formarse sobre las 6-7 semanas de vida intrauterina, y alrededor de las 14-19 semanas ya ha comenzado la calcificación de la totalidad de las piezas temporales. (1).

2º.- La dentición decidua debe encontrarse completa en boca, en oclusión y con sus ápices cerrados a los 3 años de edad mas o menos 6 meses.

3º.- La formación de los dientes permanentes comienza al cuarto mes de vida intrauterina con los primeros molares y sobre los cuatro o cinco años comienza la formación de los últimos, los terceros molares (2).

4º.- La calcificación de las piezas permanentes se inicia con el nacimiento, para completar el cierre apical entre los diez y quince años, aproximadamente unos tres años y medio después de hacer erupción la pieza (2).

5º.- La erupción de la dentición permanente se inicia sobre los seis años de edad, cuando se ha desarrollado los 2/3 aproximadamente de la raíz de cada pieza y concluye sobre los 12 años, excepción hecha de los terceros molares. Se consideran normales variaciones de hasta mas o menos 12 meses, con respecto a la edad de erupción más frecuente, que por otra parte, es estadísticamente más precoz en el sexo femenino que en masculino, pudiendo ser esta diferencia de hasta uno o dos años (3).

6º.- Clásicamente se admite que la primera pieza definitiva en erupcionar es el primer molar permanente, sobre los 6 años de edad, poco tiempo después, lo hace el incisivo central inferior, seguido de los incisivos centrales superiores y laterales inferiores y superiores, encontrándose en la etapa "Dentición mixta-primer fase".

7º.- Posteriormente tiene lugar el recambio a nivel de

los sectores laterales, y aquí la secuencia es distinta en la arcada superior que en la inferior. En la primera, la secuencia normal es 4,3,5,7, ó 4,5,3,7, considerándose patológicas las que no sigan este orden.

En la arcada inferior la secuencia ideal es 3, 4, 5, 7, admitiéndose como variable normal la secuencia 4, 3, 5, 7, encontrándonos en la "Dentición mixta-segunda fase" (4). (Fig. 1).

8°.- Normalmente se mantiene una simetría en la erupción de piezas homólogas de la misma arcada, pudiéndose observar mayor frecuencia de asimetrías cronológicas, en el maxilar superior que en la mandíbula (5).

9°.- Los segundos molares permanentes hacen su erupción normalmente, cuando ya se han exfoliado todas las piezas temporales, no es raro encontrar casos en los que salgan antes los segundo molares que los segundo bicúspides.

10°.- Los segundos molares inferiores están más enderezados, y salen con una inclinación de la corona hacia mesial y hacia lingual, pero siguiendo un trayecto más rectilíneo que el de sus homólogos superiores (5).

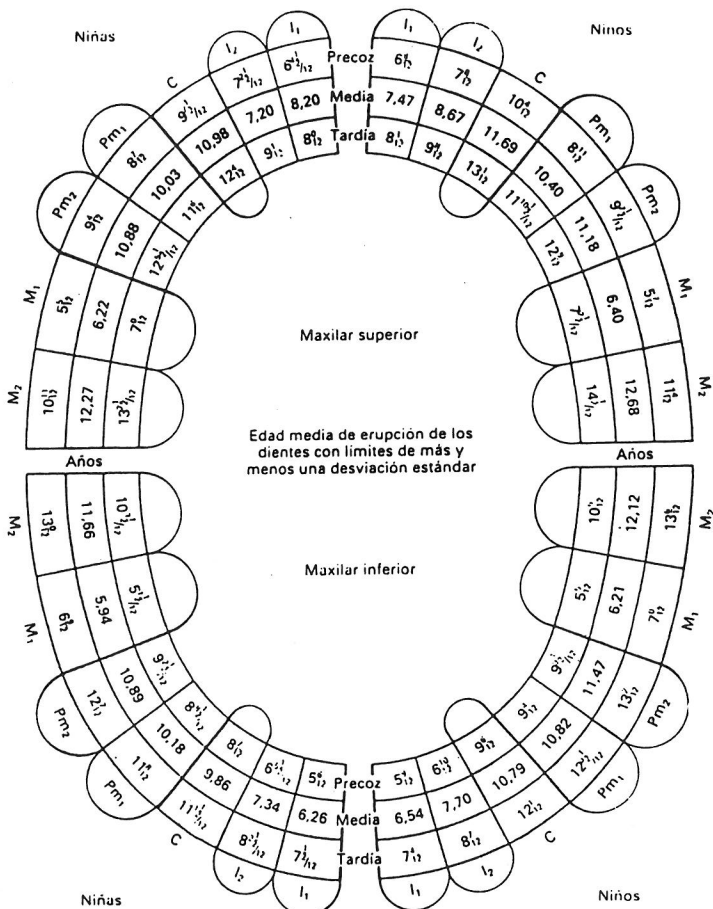


Fig. 1: Cronología de la erupción permanente

B/- PATOLOGIA ERUPTIVA.

Es importante conocer los posibles trastornos ocasionados por distintos factores etiológicos a lo largo del proceso de recambio dentario, tanto a nivel de incisivos, como de caninos y premolares (6).

Incisivos

1°.- FALTA DE ESPACIO:

- Acortamiento de longitud de arcada.
- Anomalías volumétricas.

2°.- DIENTES SUPERNUMERARIOS (Más frecuente en la arcada superior) "Mesiodens".

3°.- TRAUMATISMOS

4°.- PATOLOGIA TUMORAL:

- Quistes.
- Odontomas.

Caninos

1°.- FALTA DE ESPACIO- Por ser la última pieza que hace erupción en la arcada superior.

2°.- IMPACTACION- Más frecuente en arcada superior y por palatina peligro de reabsorción radicular del incisivo lateral.

3°.- TRANSPOSICION

- Canino por bicúspide.
- Canino por lateral o central.

4°.- RETENCION DEL CANINO TEMPORAL.

Premolares

1°.- FALTA DE ESPACIO

- Acortamiento de longitud arcada.
- Erupción del segundo molar antes que segundo premolar.

2°.- RETENCION DEL TEMPORAL- Reabsorción anómala.

3°.- TRANSMIGRACION

4°.- ANQUILOSIS ALVEOLO-DENTARIA.

C/- CRECIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL DE LAS ARCADAS DENTARIAS.

Durante la existencia de dentición temporal, las arcadas dentarias presentan una serie de espacios a lo largo del segmento anterior (7) y posterior (8) que permitirán:

1°.- Atenuar el apiñamiento de los incisivos permanente de mayor tamaño.

2°.- Permitir la erupción de caninos y premolares sin obstáculos.

3º.- Permitir el establecimiento de una clase I mediante desplazamiento de los primeros molares, cuando ésto es necesario. Se han clasificado varios tipos de espacios en la dentición temporal:

- Espacios interdentarios

Frecuentemente en la zona incisiva, su falta hará pensar en problemas de espacio (Fig. 2).

- Espacio de primate

Espacio localizado por distal de caninos temporales inferiores y laterales superiores.

- Espacio libre de Nance

Es el espacio disponible cuando se reemplazan caninos y molares por sus homólogos permanentes, siendo 0.9 en la hemimaxila superior y 1.7 en la inferior. (Fig. 3).

- Espacio de deriva

Cuando este espacio libre es aprovechado en la mesialización de los primeros molares ante la necesidad de conseguir una relación Clase I.

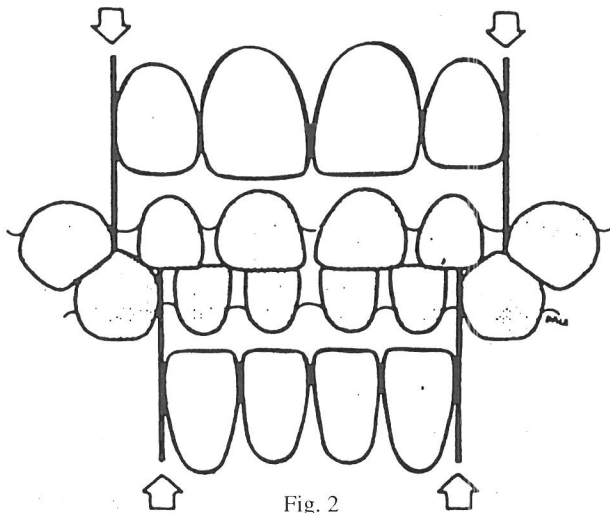


Fig. 2

Ante la importancia de éste último punto, vamos a hacer una serie de consideraciones sobre el desarrollo de la oclusión posterior.

DESARROLLO DE LA OCLUSION POSTERIOR

Siempre que analicemos la oclusión de una dentición en recambio, es de común uso, el establecer la relación oclusar posterior de acuerdo con la relación molar.

Los segundos molares temporales, se encuentran generalmente en oclusión con sus caras distales, en un mismo plano perpendicular, obligando de esta forma, a una relación similar a los cuatro primeros molares permanentes, es decir, una relación cúspide a cúspide. Para que estos primeros molares entren en una relación Clase I, sería necesari-

rio, el que, ante la exfoliación de los segundos molares temporales, se produzca un corrimiento hacia mesial, mayor en arcada inferior que en la superior (Espacio libre de Nance), (9-10), pudiéndose establecer de esta forma, una relación Clase I. (Fig. 3).

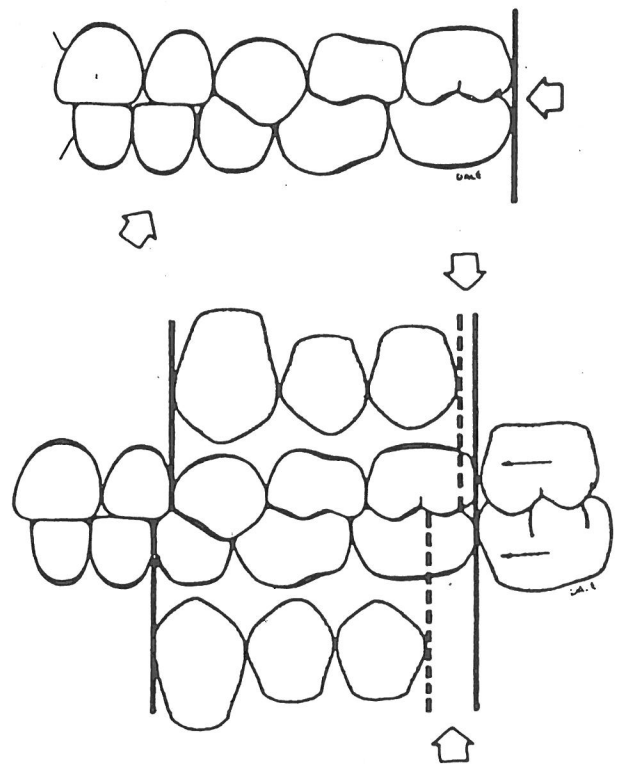


Fig. 3

En otras ocasiones, la cara distal de los segundos molares no presenta un plano recto, si no más bien un escalón mesial corto, mesial o distal, lo que nos llevará a una relación molar directa de Clase I, Clase II ó Clase III (9). Fig. 4).

PERDIDA DE ESPACIO

Las razones que conducen a una pérdida de espacio ya se han analizado anteriormente, aunque de una forma muy somera. Se puede decir, que este espacio disminuye fundamentalmente dentro de los seis primeros meses consecutivos a la pérdida de un diente temporal, y que puede presentarse en el breve plazo de unos días o semanas.

Las razones fundamentales de esta pérdida de espacio suele ser:

1.- Fuerza mesial de erupción de los dientes posteriores (tendencia al empuje mesial), siendo mayor en la arcada superior que en la inferior, y ocurriendo por inclinación en la arcada inferior y por rotación sobre su raíz palatina en la superior (10). (Fig. 5).

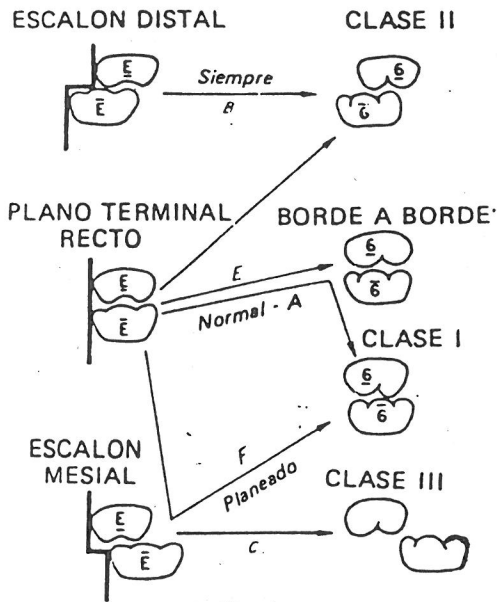


Fig. 4

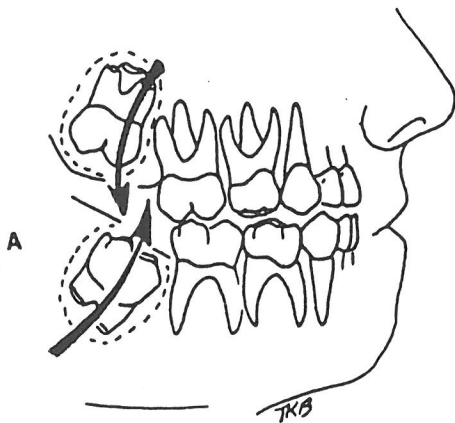


Fig. 5

2.- Pérdida temprana de piezas temporales. Fundamentalmente molares de sectores laterales y pérdida de caninos en sector anterior de la arcada inferior (Fig. 6).

3.- Agenesia, más frecuente en laterales superiores, segundos bicúspides inferiores y superiores.

4.- Anquilosis, se presenta sobre los seis y doce años. Está caracterizado por la obliteración de la membrana periodontal y por formación de hueso, que crea una coalescencia entre la lámina dura y el cemento. De esta forma se interrumpe la erupción del diente y los dientes contiguos se inclinan hacia el espacio oclusal del diente anquilosado, disminuyendo la longitud de arcada.

5.- Erupción ectópica de primeros molares. Se caracteriza por la reabsorción atípica y prematura de la raíz distal

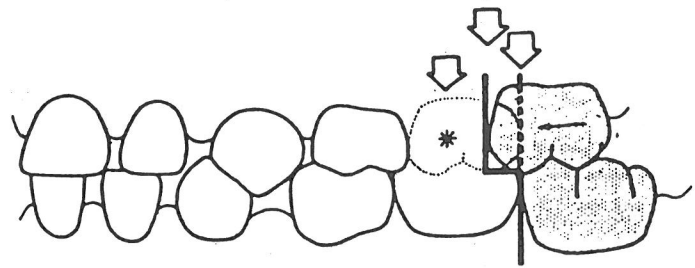


Fig. 6: Clase II molar por pérdida prematura de primer molar temporal superior.

de los segundos molares temporales, causado por la inclinación mesial con que erupciona la corona de los primeros molares permanentes. (Fig. 7).

Esta impactación puede conducir a la exfoliación prematura de la pieza temporal, con el consiguiente acortamiento de la longitud de arcada, también puede ocurrir, que el primer molar tras permanecer impactado durante algún tiempo, se desengatille y enderece espontáneamente, dejando como secuela, un socabón reabsortivo en la raíz distal temporal.

En resumen diríamos que, en la evolución dinámica de las arcadas, (11), podremos jugar con varios factores para la consecución de espacios adicionales, que nos permiten una correcta ubicación de las piezas permanentes:

a) Espacios libres existentes en la zona incisiva, que permitirían resolver pequeñas diferencias de tamaño entre los dientes permanentes y temporales.

b) Una erupción vestibular de los incisivos superiores, que permitirían alcanzar una mayor longitud de arcada. (12).

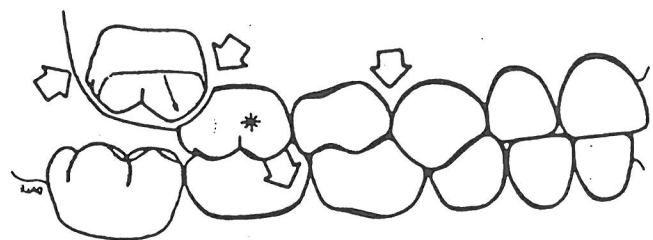


Fig. 7: Erupción ectópica de primer molar permanente superior

c) Los espacios de primate, que junto con los anteriores espacios libres permitirían resolver pequeñas discrepancias anteriores.

d) El espacio libre en las zonas laterales, con el que podremos jugar para la resolución de pequeñas discrepancias en los sectores laterales, permitiendo o no, la mesialización de los primeros molares.

Pero si a pesar de todo ésto, la discrepancia óseo-dentaria es superior a los 4 mm. difícilmente podríamos conjugar la resolución de la discrepancia óseo-dentaria negativa con una correcta relación molar Clase I.

Por lo tanto cuando hablemos del mantenimiento y manejo del espacio, habremos de tener presente, si la longitud de arcada existente, es suficiente para permitir una correcta ubicación de las piezas permanentes o por el contrario el espacio habitable, es insuficiente para ellos, y en este caso evaluar si el mantenimiento de esta longitud de arcada, estaría justificado ante la posibilidad de un posterior tratamiento ortodóncico.

No tendría sentido mantener un espacio que a todas luces, resulta insuficiente, ante una marcada discrepancia óseo-dentaria, que posteriormente necesitará un tratamiento ortodóncico con extracciones.

Esta evaluación resulta bastante difícil sin cortar con un diagnóstico cefalométrico, que nos haga saber la posición del incisivo inferior ante la posibilidad de una vestibulización de dicho incisivo, con el consiguiente aumento de la longitud de arcada.

Esto nos hace aconsejar, que ante la pérdida de espacio en una dentición mixta, se realice un estudio odontométrico, mediante la consulta de las tablas de Moyer, para conocer la discrepancia óseo-dentaria existente; y en el caso de que ésta sea superior a los 6 mm., remitir al ortodoncista para su tratamiento.

Dra. Asunción Mendoza Mendoza, Profesora titular de Odontopediatria. Escuela de Estomatología, Sevilla.

Dr. Enrique Solano Reina, Profesor titular de Profilaxis, Estomatología Infantil y Ortodoncia. Escuela de Estomatología de Sevilla.

Bibliografía

- 1.- Meredith, H.U. and ape of eruption for the deciduous dentition. J. Dent. Res 25:43, 1946.
- 2.- Bengt O. Magnusson y cols. Odonpediatria Enfoque sistemático. 67-77. Salvat 1985.
- 3.- Moorrees, L.F.A. and Kent, R.L., Jr. Patterns of dental maturation. In McNamara, J.A. editor, the biology of occlusal development, Monograph G, Graniofacial growth series, Ann Arbor. 1978, Center for Human Growth and Development. University of Michigan.
- 4.- Hurme: J. Dent. child. 16:11, 1949.
- 5.- Kenneth D. Snawder. Manuel de Odonpediatria clínica 245-296. Edit. Labor. S.A., 1982.
- 6.- Graber, Iswain. Ortodoncia Principios generales y Técnicas. 325-333. Paramerica, 1988.
- 7.- Moorrees L.F.A. and Chadha, J.M. Available space for the incisors during dental development, a growth study based on physiological age. Angel orthod. 35:12, 1965.
- 8.- Moorrees L.T.A. Dental development a growth study based on tooth eruptions as a measure of physiologic age. J. Orthod. Soc. Trans. 40:92, 1964.
- 9.- Baume, L.J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion of the biogenesis of a successional dentition. J. Dent. Res 29:338, 1950.
- 10.- Moorrees, L.F.A. Changes in dental arch dimension expressed on the basis of tooth eruption as a measure of biologic age. J. Dent. Res. 44:129, 1965.
- 11.- García-Hernández, J. And Dale, J.G.: Facial considerations in mixed-dentition analysis in preparation for guidance of occlusion. Postgraduate thesis. Department of Paedodontics. University of Toronto, Faculty of Dentistry, 1979.
- 12.- Mayne W.R. Serial extraction. In Graber T.M. editor. Current Orthodontics concepts and techniques. Philadelphia 1969, W.B. Saunders Co. Chap. 4.

Publicado en:
**REVISTA DE ACTUALIDAD
ESTOMATOLOGICA ESPAÑOLA**
nº 392, Marzo de 1990

Manejo del espacio: II Mantenedores

Mendoza Mendoza A., Solano Reina E.

Resumen

En este trabajo, presentamos una clasificación de los tipos de mantenedores de espacio, así como las diferentes situaciones que pueden presentarse como necesidad de uso de dichos mantenedores, ilustrando con casos clínico y diseños de éste tipo de aparatología.

Palabras clave: Manejo del Espacio, mantenedores de espacio.

MANTENEDORES DE ESPACIOS

Introducción

Una vez que conocemos las bases fisiológicas del desarrollo de las arcadas, mediante este segundo apartado vamos a analizar las distintas situaciones que se nos pueden presentar por pérdida prematura de piezas temporales, los distintos factores etiológicos que nos pueden conducir a estas pérdidas, su diagnóstico y el tratamiento a seguir en cada una de estas situaciones, siempre y cuando no van acompañadas de pérdida de longitud de arcada, a la vez que presentaremos algunos diseños y soluciones que vayan acompañadas de pérdidas de espacio, las veremos en el siguiente apartado. (III Recuperadores de espacio).

Requisitos

- 1.- Mantenimiento del espacio proximal.
- 2.- No interferir con la erupción de los dientes permanentes.
- 3.- Facilitar espacio mesiodistal suficiente para la alineación de dientes permanentes en erupción.
- 4.- No interferir en la fonación, masticación o movimiento funcional mandibular.
- 5.- De sencillo diseño.
- 6.- Ser fáciles de limpiar y conservar.

Clasificación de los mantenedores de espacio

- 1.- POR SUS CARACTERISTICAS.
 - Removibles.
 - Mixtos.
 - Estéticos.
 - Funcionales.
- 2.- POR LOS DIENTES AFECTADOS
 - Incisivos.
 - Caninos
 - Molares.
 - Múltiples.
- 3.- POR LA ZONA DE ARCADA AFECTADA.
 - Unilaterales.
 - Bilaterales.

Mantenedores fijos

Indicaciones de los mantenedores fijos

- Pérdida de un solo molar en la arcada.
 - Cuando esté indicada una corona para restaurar un diente que se piense usar como pilar.
 - Pacientes poco colaboradores.
 - Cuando se espera una próxima erupción de varios dientes al poco tiempo de ser colocado el mantenedor en la boca.
 - Cuando el paciente es alérgico a la resina.

Clasificación de los mantenedores de espacio fijos

- 1.- FIJO EN AMBOS EXTREMOS
 - Barra lingual
 - Barra transpalatina.
 - Botón de Nance.

2.- FIJO EN UN EXTREMO

- Corona-Asa.
- Banda -Asa
- Propioceptivo.

Mantenedores removibles

Indicaciones

- Paciente colaboradores.
- Cuando se quiera restablecer la función masticadora.
- Por indicación estética.

Clasificación de mantenedores removibles

- PASIVOS - Sustitución de piezas.
 - Propioceptivos.
- ACTIVOS - Recuperación.
 - Expansión.

Situaciones que pueden presentarse

1.- PERDIDA PREMATURA DE INCISIVOS

2.- PERDIDA PREMATURA DE CANINOS

2.1. PERDIDA UNILATERAL

- 2.1.1. Sin desviación línea media.
- 2.1.2. Con desviación línea media.

2.2. PERDIDA BILATERAL

- 2.2.1. Sin discrepancia.
- 2.2.2. Con discrepancia.

3.- PERDIDA PREMATURA DE MOLARES

3.1. PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL

- 3.1.1. Antes de la intercuspidadación.
- 3.1.2. Después de la Intercuspidadación.
 - 3.1.2.1. Intercuspidadación en clase I
 - 3.1.2.2. Intercuspidadación en clase II.

3.2. PERDIDA PREMATURA DE SEGUNDO MOLAR TEMPORAL

- 3.2.1. Antes de la erupción del primer molar permanente
 - 3.2.1.1. Molares intraóseos.
 - 3.2.1.2. Molares extraóseos.
- 3.2.2. Después de la erupción del primer molar permanente.
 - 3.2.2.1. Sin pérdida de espacio.
 - 3.2.2.2. Con pérdida de espacio.

3.3. PERDIDAS BILATERALES DE MOLARES.

3.3.1 Pérdida de los dos primeros molares.

- 3.3.1.1. Antes de la erupción o antes de la intercuspidadación del primer molar permanente.
- 3.3.1.2. después de la intercuspidadación del primer molar permanente.

3.3.2. Pérdida de los dos segundos molares

- 3.3.2.1. Molar intraóseo.
- 3.3.2.2. Molar extraóseo (subgingival).
- 3.3.2.3. Molar erupcionado.
 - 3.3.2.3.1. Sin pérdida de espacio.
 - 3.3.2.3.2. Con pérdida de espacio.

3.4. PERDIDA DE PRIMER Y SEGUNDO MOLAR EN LA MISMA HEMIARCADA.

- 3.4.1. Antes de la erupción del primer molar permanente.
- 3.4.2. Después de la erupción del primer molar permanente.

3.5. PERDIDA DE MAS DE TRES MOLARES EN UNA ARCADA.

- 3.5.1. Antes de la erupción del primer molar permanente.
- 3.5.2. Después de la erupción del primer molar permanente.

4.- PERDIDAS MULTIPLES

4.1. SIN DISMINUCION DE LA LONGITUD DE ARCADA.

4.2. CON DISMINUCION DE LA LONGITUD DE ARCADA

1. Pérdida prematura incisivo

ETIOLOGIA

- Traumatismos.
- Erupción ectópica
- Discrepancia óseo-dentaria
- Caries
- Trauma oclusal.
- Supernumerarios.

DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exploración
- Rayos X.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

- Reposición estética.
- Rehabilitación funcional.
- Asegurar correcta erupción permanente.

TRATAMIENTO

- Placa con sustitución (Fig. 1) a la que añadiremos una rejilla lingual (Fig. 2) en el caso de tener que rehabilitar función.

- Observación periódica.
- Ninguno.

RETENCION

- Ninguna.

- Caries.
- Trauma oclusal.

DIAGNOSTICO:

- Historial clínica.,
- Exploración.
- Rayos X.
- Medida discrepancia.
- Estudio oclusal.

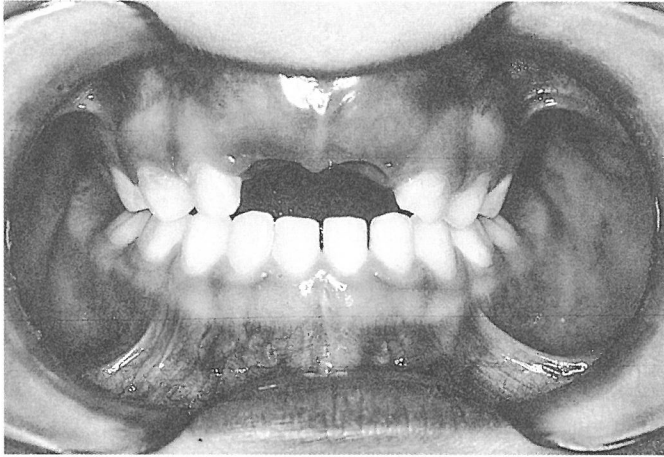


Fig. 1 A: Pérdida prematura por traumatismo de los dos incisivos centrales.

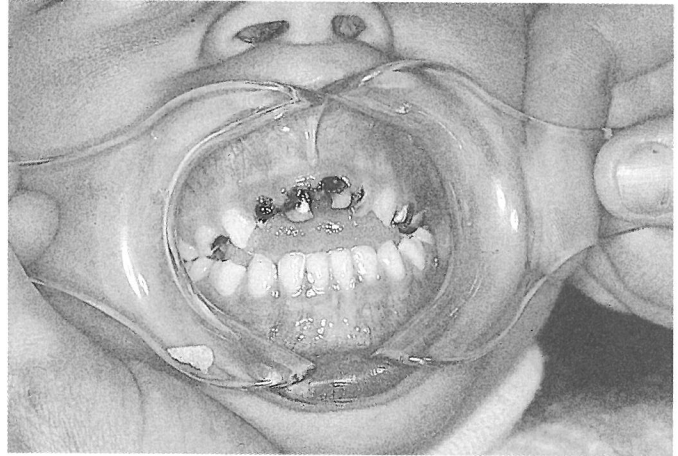


Fig. 2 A: Síndrome del biberón con pérdida prematura de los cuatro incisivos temporales e interposición lingual



Fig. 1 B: Reposición estética mediante placa con sustitución de los incisivos perdidos

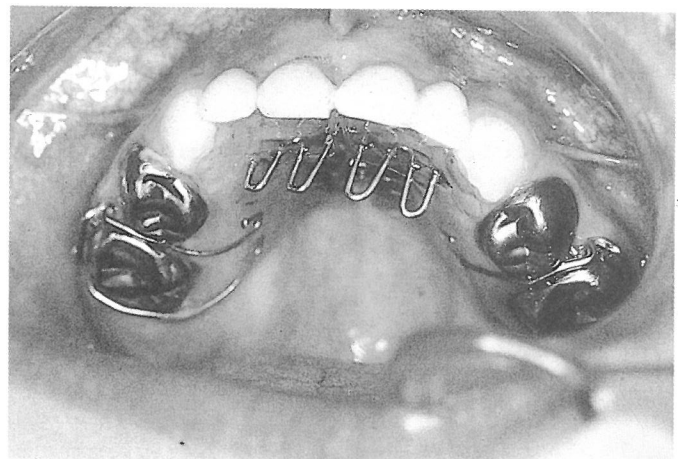


Fig. 2 B: Placa con sustitución de los cuatro incisivos a la cual se le añadió una rejilla lingual para evitar interposición

2.- Pérdida prematura de caninos temporales

ETIOLOGIA

- Erupción adelantada permanente.
- Alteración orden erupción
- Discrepancia óseo-dentaria

FORMAS CLINICAS

2.1 Pérdida unilateral

SINTOMAS:

- Inclinación hacia el espacio de incisivos.
- Desviación o no de la línea media.

- Leve o ninguna linguo-versión incisivos.
- Leve o ninguna extrusión o aumento sobremordida.

OBJETIVO DE TRATAMIENTO

2.1.1. Si no hay desviación de línea media:

- Mantener espacio para los caninos permanentes.
- Prevenir cambio en línea media.
- Prevenir inclinación lingual de incisivos.

2.1.2. Desviación línea media:

- Mantener espacio para incisivos permanentes.
- Prevenir inclinación lingual de incisivos.

TRATAMIENTO

2.1.1. Si no hay desviación de línea media:

- Análisis de espacio disponible.
- Extracción del canino que queda.
- Arco lingual.
- Si el espacio es inadecuado consultar al Ortodontista.

2.1.2. Desviación de línea media:

- Remitir al Ortodontista.
- Extracción del canino que queda.
- Arco lingual.

2.2. Pérdida bilateral

SINTOMAS

- Línea media centrada.
- Linguo-versión incisivos
- Extrusión
- Aumento sobremordida.
- Pérdida longitud de arcada.

OBJETIVO DE TRATAMIENTO.

- Mantener longitud de arcada.

TRATAMIENTO

2.2.1. Si no hay discrepancia o ligera discrepancia:

- Arco lingual (Fig. 3)
- Placa

2.2.2. Si hay discrepancia:

- Estudio Ortodóncico (Fig. 4).

3. Pérdida prematura de molares temporales

ETIOLOGIA

- Erupción adelantada.

- Caries.
- Erupción ectópica permanente.
- Discrepancia óseo-dentaria.
- Alteración orden erupción.
- Traumatismos.
- Trauma oclusal.
- Otros procesos locales o generales.

DIAGNOSTICO

- Historia
- Exploración
- Rayos X
- Análisis de la oclusión
- Análisis de la arcada
- Análisis de la discrepancia óseo-dentaria.
- Análisis de la mesialización de los molares permanentes.



Fig. 3 A: Pérdida prematura de ambos caninos temporales con ligera discrepancia óseo-dentaria. Colocación de barra lingual con omegas y topes por distal de incisivos

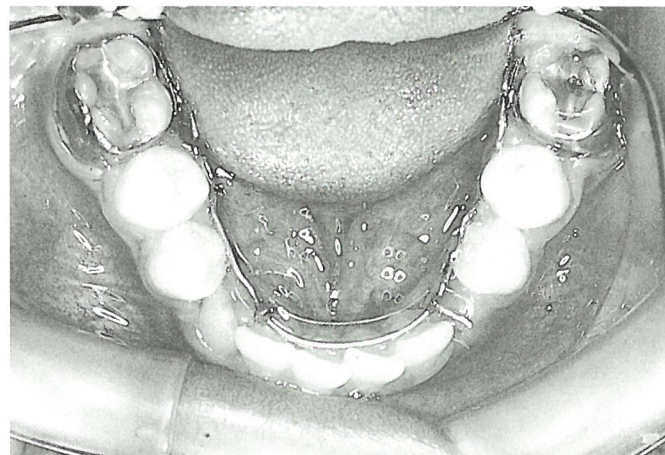


Fig. 3 B: Correcta erupción de piezas permanentes



Fig. 4 A: Pérdida prematura de ambos caninos temporales con discrepancia oseodentaria



Fig. 4 B: Tratamiento ortodóncico

FORMAS CLINICAS

3.1. Pérdida prematura del primer molar temporal:

3.1.1. Antes de la intercuspidadación de los molares permanentes.

3.1.2. Después de la intercuspidadación de los molares permanentes.

3.2. Pérdidas prematuras de los segundos molares temporales:

3.2.1. Antes de la erupción de los primeros molares permanentes.

3.2.1.1. Molares permanentes intraóseos.

3.2.1.2. Molares permanentes extraóseos (subgingivales).

3.2.2. Después de la erupción de los primeros molares permanentes.

3.2.2.1. Antes de la intercuspidadación.

3.2.2.2. Después de la intercuspidadación.

3.1.1. Pérdida prematura de los primeros molares temporales antes de la intercuspidadación de los primeros molares permanentes

SINTOMAS

- Pérdida de espacio.
- Premolar en evolución intraósea.
- Intercuspidadación molar en relación con desplazamiento.

OBJETIVO DE TRATAMIENTO

- Mantener el espacio para el primer premolar.

TRATAMIENTO

- Antes de la pérdida de espacio: mantenedor corona ansa con apoyo en canino (Fig. 5).
- Después de la pérdida de espacio: Recuperador.

RETENCION

- Hasta que el primer premolar erupcione parcialmente.



Fig. 5: Mantenedor corona-ansa por pérdida del primer molar temporal, antes de la erupción del molar permanente

3.1.2. Pérdida prematura de los primeros molares temporales después de la intercuspidadación de los permanentes:

SINTOMAS

- No pérdida de espacio.
- Premolar en evolución intraósea.
- Premolar en evolución extraósea

FORMAS CLINICAS

- Intercuspidación en Clase I
- Intercuspidación en Clase II

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

- Mantener espacio para el primer molar

TRATAMIENTO

- Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidación es en Clase I: observación.
- Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidación es cúspide a cúspide: mantenedor corona-ansa.
- Si hay clase II ó III molar: Estudio Ortodónico completo.

3.2.1. *Pérdida prematura de segundos molares temporales antes de la erupción de los primeros molares permanentes*

SINTOMAS

- Ausencia de molares temporales y permanentes.

FORMAS CLINICAS

- 3.2.1.1. Molares permanentes intraóseos.
- 3.2.1.2. Molares permanentes extraóseos subgingivales.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mantener el espacio para el segundo molar.
- Guiar la erupción del primer molar permanente

TRATAMIENTO

3.2.1.1. Molares permanentes intraóseos: Vigilancia y control hasta que el primer molar permanente haga protuberancia gingival.

3.2.1.2. Molares permanentes extraóseos (sub-gingivales): Clásicamente el mantenedor usado en estos casos es el mantenedor intragingival (fig. 6) pero debido a las posibles complicaciones que este tipo de mantenedores puede producir, como es la infección del folículo del germen del molar permanente, nosotros hemos diseñado lo que llamamos mantenedor p. opioceptivo. Se le ha dado este nombre ya que se trata de mandar presión a través de la encía al ligamento periodontal del germen por erupcionar (Fig. 7). Esta presión es captada por los receptores propioceptivos del ligamento permitiendo de esta forma que el germen en su libre erupción sea guiado hacia la zona donde es aplicada la presión. Para su correcta realización utilizaremos una radiografía calibrada mediante rejilla milimetrada que será adherida al dorso de la placa y que nos permitirá conocer la distancia que existe entre la cara distal de la pieza de soporte y la mesial del germen por erupcionar (Fig. 8);



Fig. 6.- Mantenedor intragingival en hemiarcada inferior derecha, y correcta erupción del molar permanente. Mantenedor propioceptivo en hemiarcada inferior izquierda y correcta erupción del molar permanente. Imagen obtenida al año de haber sido colocado ambos mantenedores

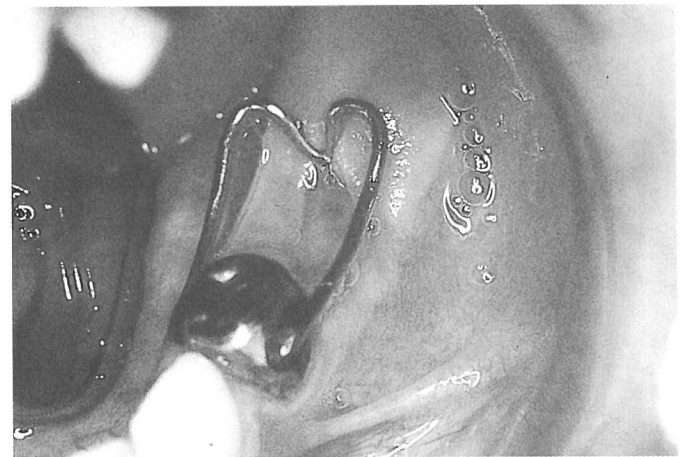


Fig. 7.- Detalle del mantenedor corona-ansa propioceptivo, donde podemos apreciar el punto de presión ejercida por el ansa (a través de la encía) sobre el ligamento periodontal del germen del molar permanente por erupcionar

para que la presión sea ejercida sobre el ligamento periodontal se ha de aplicar 1 mm. por delante de la cara mesial del germen permanente, por lo que a la hora de su confección se realizará 1 mm. más corto de la distancia establecida y para que esta presión sea ejercida se ha de realizar una incurvación acentuada hacia gingival en el extremo del ansa del mantenedor (Fig. 9). Podrían surgir problemas o de hecho surgen problemas, cuando esta presión no es mantenida, siendo más difícil el mantenerla en la arcada superior, por ello recomendamos diferentes diseños de estos mantenedores, que nos permitirán en todo momento mantener la presión hasta la aparición del primer molar permanente.

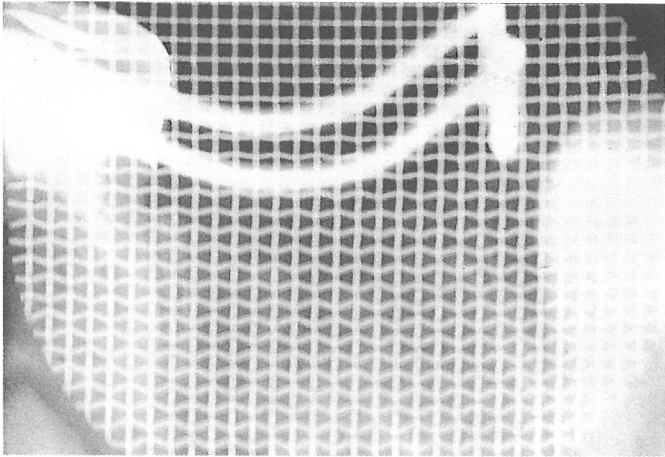


Fig. 8: Rejilla milimetrada adherida al dorso de la placa radiológica que nos permitirá conocer la distancia exacta desde la cara distal de la corona del molar temporal a la mesial del germen por erupcionar

Así en la arcada inferior la mayoría de las veces es suficiente con un mantenedor propioceptivo corona-ansa siempre y cuando la pieza de sujeción ofrezca buena integridad y soporte óseo, descartándose aquellas piezas que presenten manifestaciones osteolíticas en su furca, sin embargo en estos casos pueden servir de soporte unidas mediante una barra a otras piezas que le confieran estabilidad al mantenedor propioceptivo (Fig. 10) algunas veces se requerirá el tallado de algunas piezas que no presentan patología alguna, pudiéndose optar por mantenedores propioceptivos removibles en forma de silla y que permiten sustitución de más de una pieza.

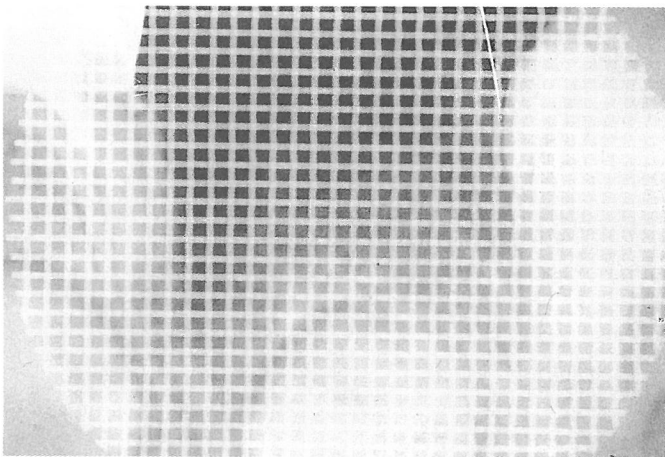


Fig. 9 A: Placa radiográfica obtenida una vez colocado el mantenedor propioceptivo en la que podemos apreciar con detalle como la presión es ejercida un mm. por delante de la cara mesial del germen permanente



Fig. 9 B: Imagen del paciente anterior obtenida durante una de sus revisiones en la que podemos apreciar la correcta erupción del molar permanente

Todo lo que hemos dicho es válido para la arcada superior a excepción del mantenedor propioceptivo corona-ansa que no podrá ser utilizado en la arcada superior por no poder mantener la presión a lo largo del tratamiento (Fig. 11) en este caso acudiremos al mantenedor propioceptivo de barra ferulizando (Fig. 12) o en su defecto, sin son varias las piezas podridas, al removible (Fig. 13); con el que no nos sentiremos seguros, ya que en un gran porcentaje de casos se tendrá necesidad de recuperar alguna pequeña pérdida de espacio, obligando a constantes revisiones (Fig. 14).



Fig. 10: Barra lingual ferulizada a caninos y primeros molares temporales, para proporcionar mayor estabilidad al mantenedor propioceptivo.

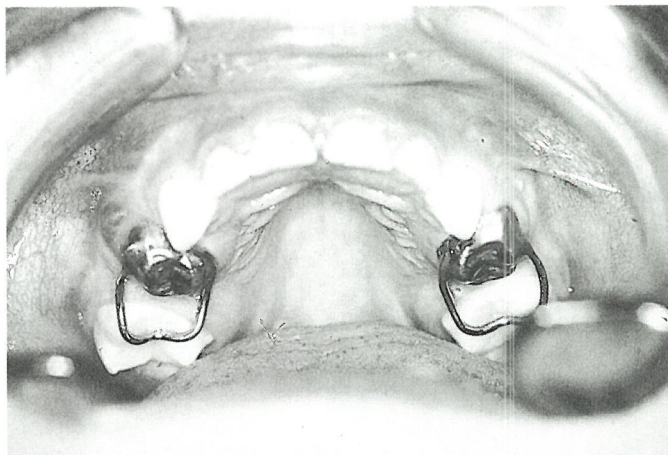


Fig. 11: Fracaso del mantenedor corono-ansa propioceptivo en la arcada superior al no poder mantener aquí, la presión constante durante todo el tratamiento.

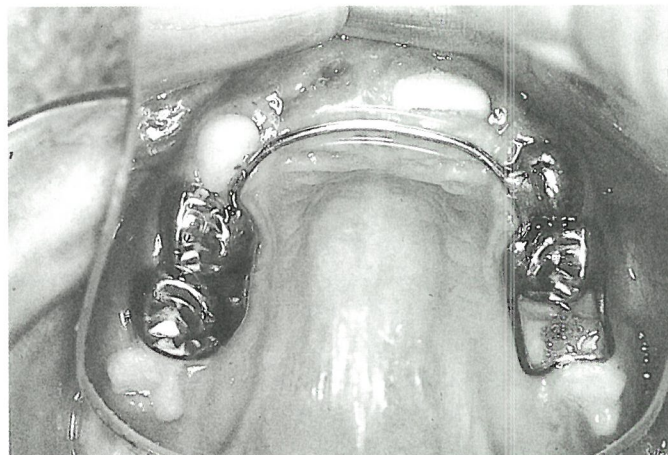


Fig. 12: Mantenedor propioceptivo de barra ferulizada, capaz de transmitir presión constante sobre el ligamento periodontal del germen permanente

RETENCION

Hasta la total erupción del primer molar permanente. En ese momento colocación de mantenedor de espacio sustentando en el primer molar permanente (ver punto 3.2.2.)

3.2.2. *Pérdida prematura de los segundos molares temporales después de la erupción de los primeros molares permanentes.*

3.2.2.1. Sin pérdida de espacio:

- Antes de la intercuspidación: Corona al primer molar temporal con tope en el permanente (Fig. 15).
- Después de la intercuspidación:

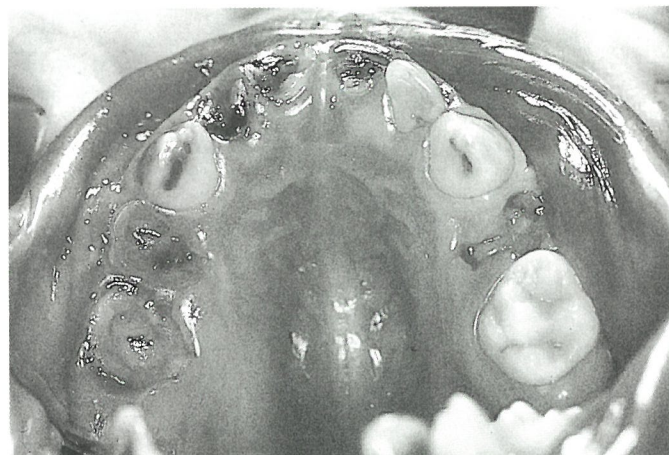


Fig. 13 A: Paciente de tres años de edad, con policaríes.

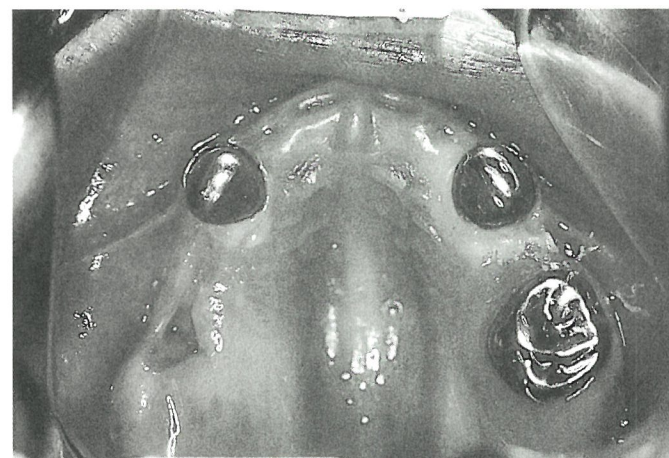


Fig. 13 B: Tras realizar las extracciones y la conservadora oportuna, colocamos coronas metálicas en caninos superiores a las cuales se le soldaron unos alambres por vestibular que daban retención y estabilidad a la placa.

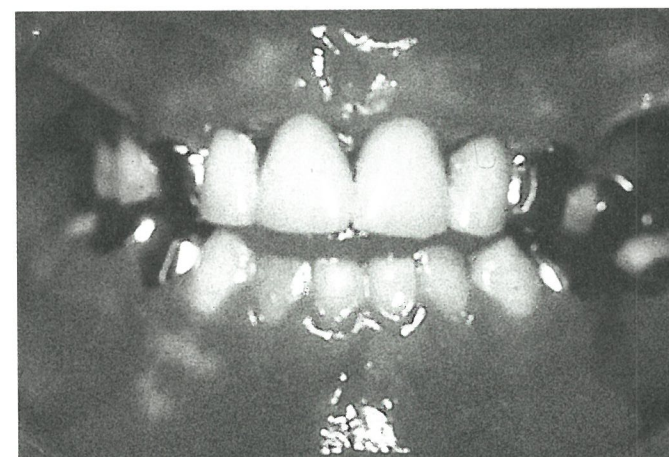


Fig. 13 C: La placa tendrá así mismo, dos retenedores que servirán de acople sobre los aditamentos soldados a las corona metálicas

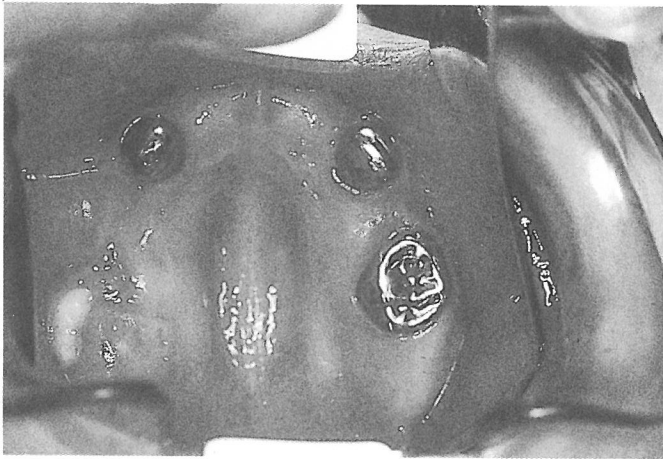


Fig. 14.A: Imagen obtenido en una de las revisiones posteriores. Erupción mesial del molar permanente.

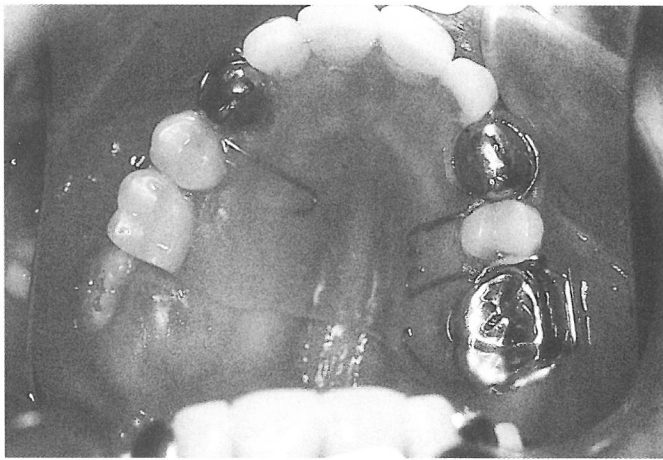


Fig. 14 B: Corte realizado en la placa por distal del segundo molar temporal derecho hasta buscar la nueva posición del molar permanente.

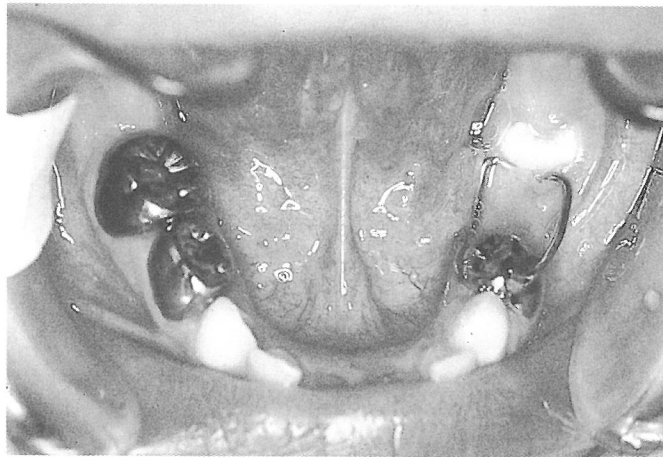


Fig. 15: Mantenedor corona-ansa, con tope en el molar permanente, por pérdida del segundo molar temporal antes de la total erupción del permanente.

* Corona o banda-ansa (Fig. 16), si después de un estudio radiológico, se prevé una temprana erupción del segundo premolar. Esto puede deberse a una gran osteolisis en furca, provocada por patología infecciosa en el segundo molar temporal.

* Barra lingual o barra transpalatina, si como es habitual, se prevé en primer lugar la erupción del primer premolar.

3.2.2.2. Con pérdida de espacio:

- Antes de la primera intercuspidadación :corona en el primer molar temporal con tope en el permanente y esperar la erupción total del molar temporal.

- Después de la intercuspidadación: Recuperador de espacio.

3.3. Pérdida bilateral de molares

3.3.1. Pérdida de los primeros molares

3.3.1.1. Antes de la erupción o antes de la intercuspida-

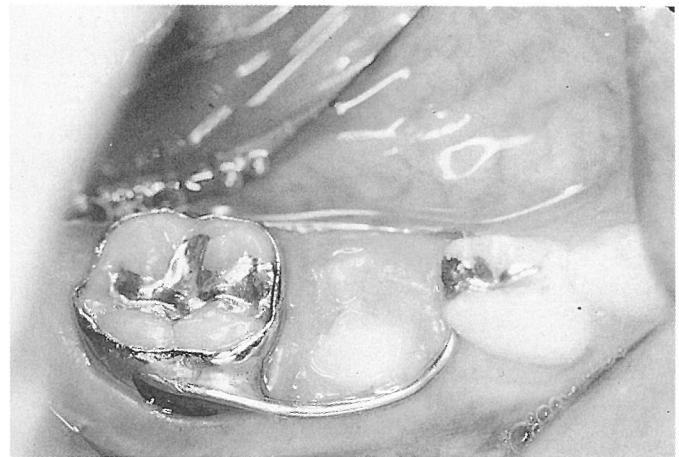


Fig. 16 A y B: Mantenedores corona-ansa y banda-ansa y correcta erupción del segundo premolar en ambos casos

ción del primer molar permanente: Mantenedor corona-ansa en ambas hemiarcadas (Fig. 17 y 18).

Sin embargo aquí hay que hacer una observación importante, y es que si la pérdida de los dos primeros molares temporales (antes de la erupción de los primeros molares permanentes), va acompañada de la pérdida de los cuatro incisivos y por prever próxima la erupción de los incisivos centrales permanentes, no optamos por la colocación de un mantenedor removible con sustitución de todas las piezas perdida; tampoco debemos colocar nunca como hemos indicado anteriormente, dos mantenedores corona-ansa ya que por la gran fuerza mesial de erupción, los molares permanentes empujarán a los segundos molares temporales y estos a los caninos, disminuyendo así la longitud de arcada en el sector anterior (Fig. 19).

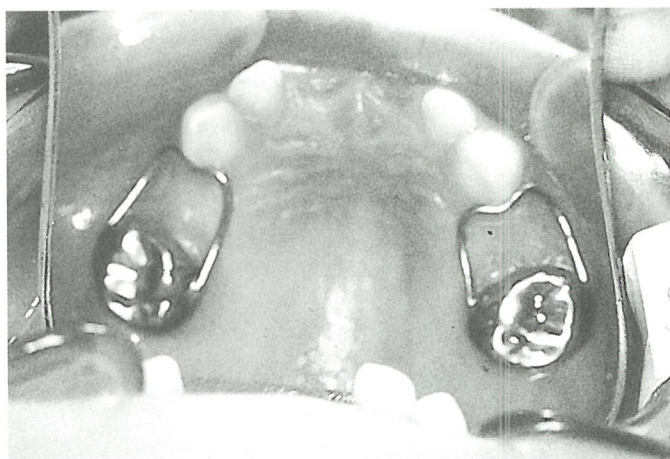


Fig. 17: Mantenedores corona-ansa por pérdida bilateral de primeros molares temporales, antes de la erupción de primeros molares permanentes.

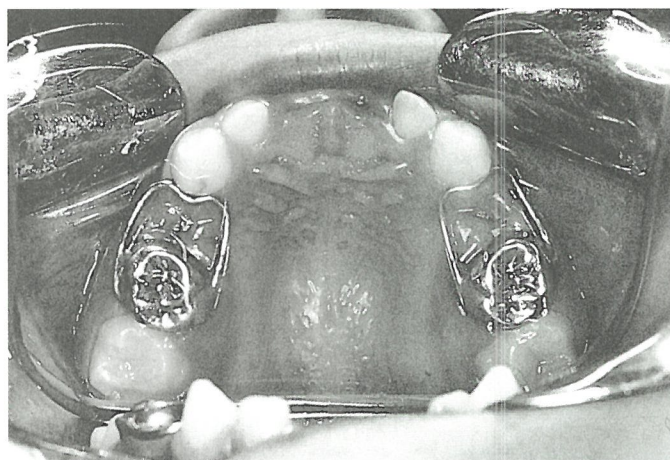


Fig. 18: Mantenedor corona-ansa por pérdida bilateral de primeros molares temporales, antes de la intercuspitación de primeros molares permanentes.

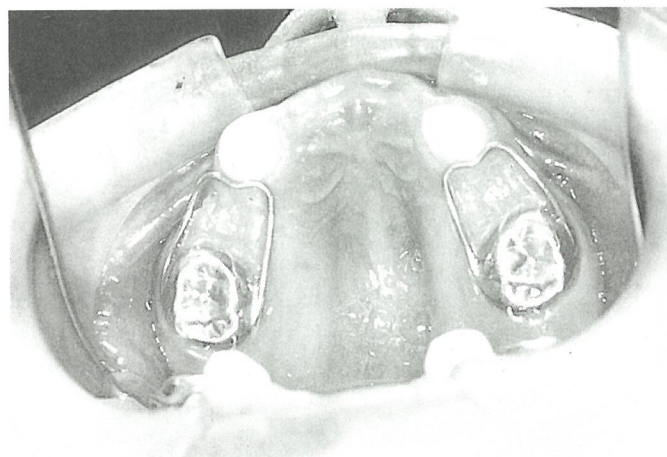


Fig. 19 A: Colocación de dos mantenedores corona-ansa por pérdida de incisivos y primeros molares temporales, antes de la erupción de los permanentes

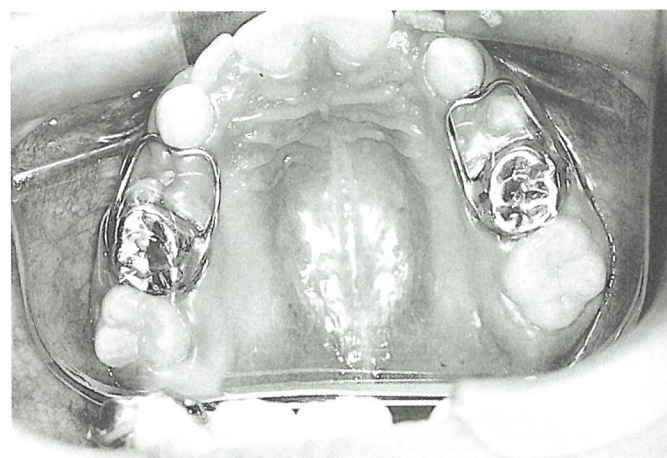


Fig. 19 B: Disminución de la longitud de arcada en el sector anterior, tras erupción de los primeros molares permanentes

Por ello, para estos casos nosotros hemos diseñado un mantenedor que consiste en una barra lingual soldada a las coronas de los segundo molares temporales y con toques en los caninos (Fig. 20) manteniendo de esta forma una longitud de arcada constante a pesar del empuje mesial de los molares al erupcionar.

Sin embargo, en un paciente de tres años de edad, que tras un Síndrome de Biberón sufrió pérdida de los cuatro incisivos temporales superiores y de las primeras muelas temporales superiores e inferiores. Se optó por una rehabilitación estética y funcional de la arcada superior, por ello colocamos una placa con sustitución de las piezas perdidas, que además nos permitió la incorporación de un torni-

llo para vestibular el segundo molar superior derecho (Fig. 21). En la arcada inferior, se colocaron dos mantenedores corona-ansa. (Fig. 22).

3.3.1.2. Después de la intercuspidadación del primer molar permanente:

- Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidadación es en clase I molar: observación.

- Si no hay pérdida de espacio y la intercuspidadación es cúspide a cúspide: Mantenedores corona-ansa en ambas hemiarcadas. Barra lingual. Barra transpalatina.

- Si la intercuspidadación es en clase II o III molar: Estudio ortodónico completo.

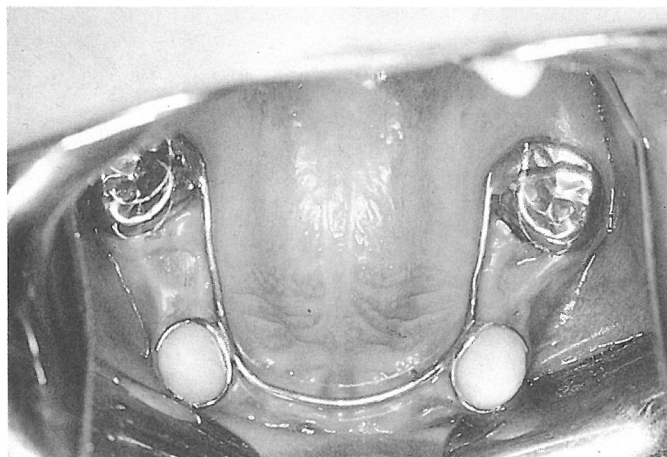


Fig. 20: Barra lingual soldada a las coronas metálicas de los segundos molares temporales, con topes en los caninos, que mantendrán una longitud de arcada constante a pesar de la fuerza mesial de erupción de los molares.

3.3.2. Pérdida de los dos segundos molares temporales

3.3.2.1. Molares permanentes intraóseos: Observación.

3.3.2.2. Molares permanentes subgingivales:

- Arcada inferior; si los primeros molares temporales ofrecen buena integridad y soporte óseo será suficiente con un mantenedor corona-ansa propioceptivo, en cada hemiarcada. Sin embargo en aquellos casos en que algunas de las piezas de soporte presenten manifestaciones osteolíticas en furca previa pulpectomía, se unirán mediante una barra ferulizada las coronas metálicas de los primeros molares temporales a coronas metálicas colocadas en los caninos. (Fig 10).

- Arcada superior: Mantenedor propioceptivo de barra ferulizado con coronas metálicas en caninos y primeros molares temporales. (Fig. 12)

3.3.2.3. Molar permanente erupcionado

3.3.2.3.1. Sin pérdida de espacio



Fig. 21 A: Síndrome de biberón en un paciente de 3 años de edad.

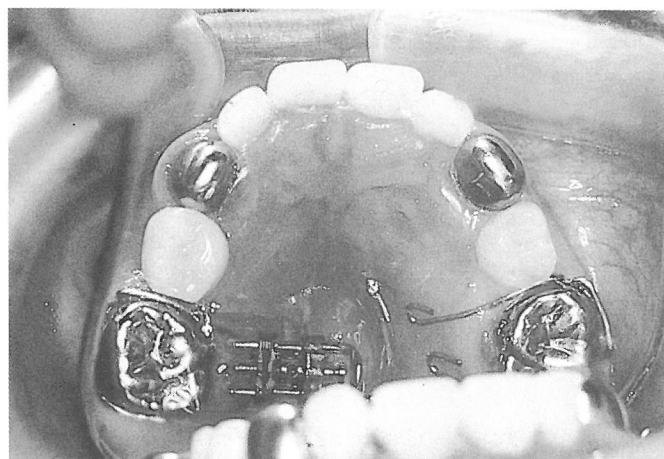


Fig. 21 B: Placa con sustitución a la cual se incorpora un tornillo para vestibular el segundo molar superior derecho.

- Barra lingual (Fig. 23)
- Barra trasnpalatina (Fig. 24)
- Placa removible (Fig. 25).

3.3.2.3.2. Con pérdida de espacio.

- Molares permanentes con intercuspidadación en clase II o III: Estudio Ortodónico completo.
- Molares permanentes con intercuspidadación en clase I molar: Recuperadores de espacio.

3.4. Pérdida del primer y segundo molar temporal en la misma hemiarcada.

3.4.1. Antes de la erupción de los primeros molares permanentes: Placa removible con muesca propioceptiva (Fig. 26).

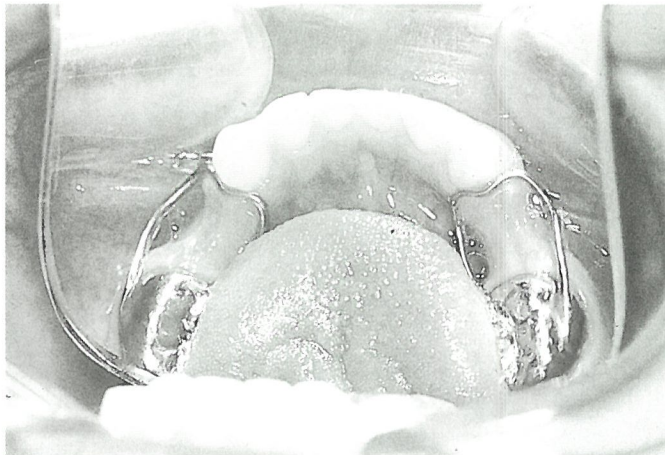
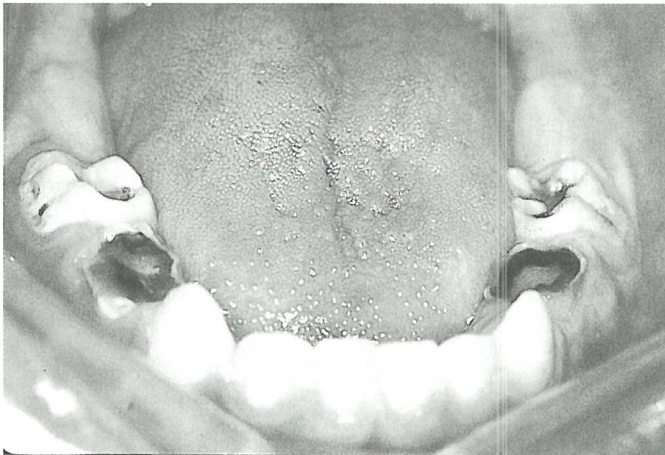


Fig. 22 A y B: Paciente anterior, antes y después de su tratamiento, al que se le colocaron dos mantenedores corona-ansa por pérdida bilateral de primeros molares inferiores.



Fig. 23: Barra lingual. Pérdida de segundo molares temporales y molares permanentes totalmente erupcionados.

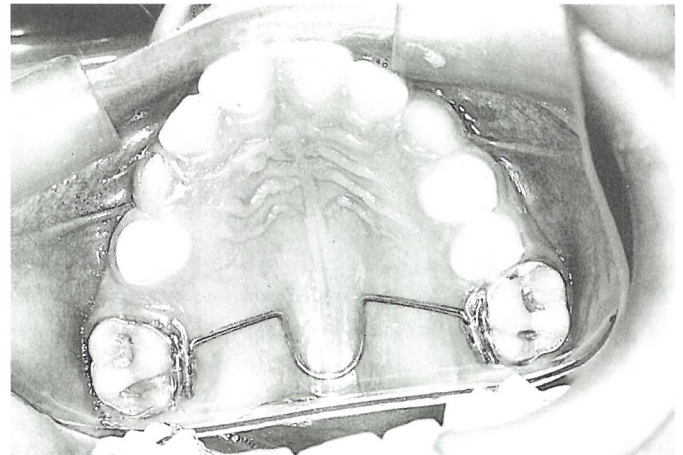


Fig. 24: Barra traspalatina.

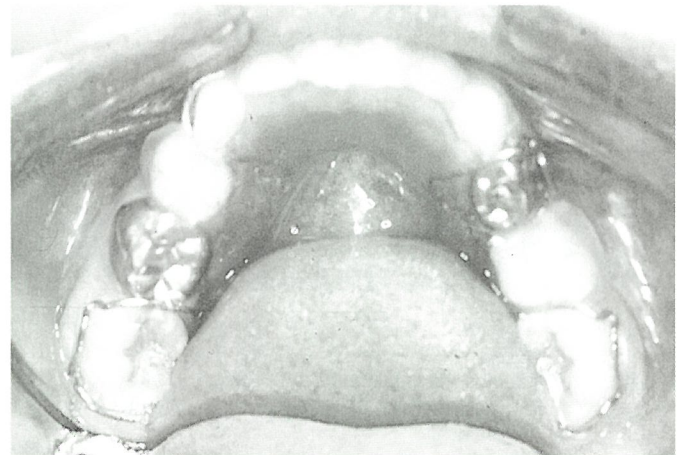


Fig. 25: Placa removable con sustitución.

3.3.4.2. Después de la erupción de los primeros molares permanentes:

- Barra lingual (Fig. 23)
- Barra traspalatina (Fig. 24)
- Placa removable (fig. 25)

3.5. Pérdida de más de tres molares en una arcada.

3.5.1. Antes de la erupción de los primeros molares permanentes: placa removable con muesca propioceptiva (Fig. 27).

3.5.2. Después de la erupción de los primeros molares permanentes:

- Placa removable de sustitución (Fig. 28 y 29).
- Barra lingual
- Barra traspalatina.



Fig. 26 A: Pérdida prematura de primer y segundo molar temporal, antes de la erupción del molar permanente.



Fig. 26 B: Mantenedor removable con sustitución con muesca propioceptiva

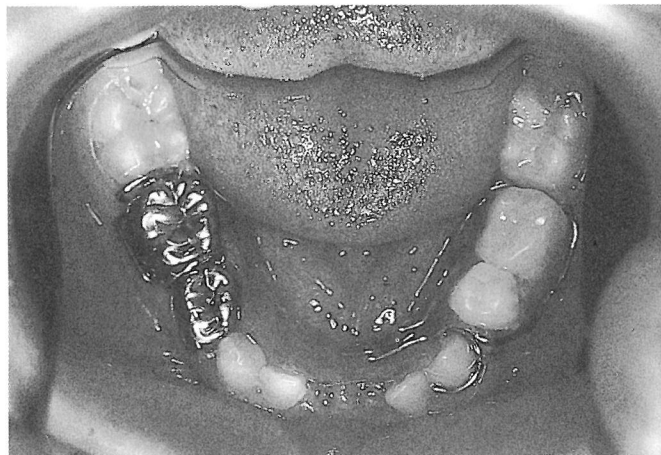


Fig. 26 C: Erupción en situación correcta del primer molar permanente



Fig. 27 A: Pérdida prematura de segundos molares temporales y primer molar inferior derecho antes de la erupción de molares permanentes.

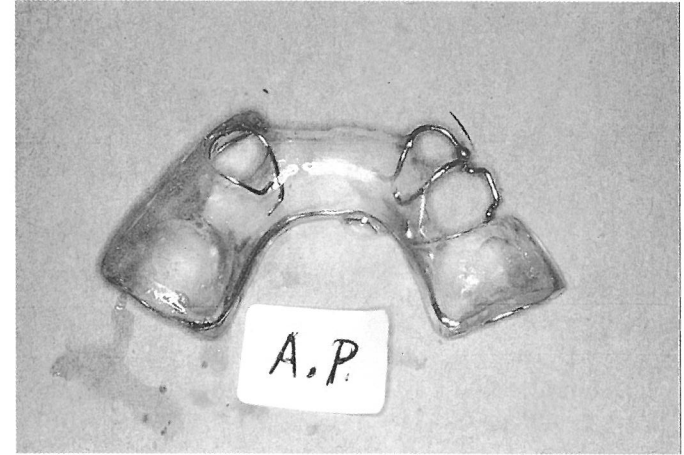


Fig. 27 B: Placa removable con muesca propioceptiva por distal de ambas hemiarcadas y retención en caninos



Fig. 27 C: Primeros molares permanentes correctamente erupcionados

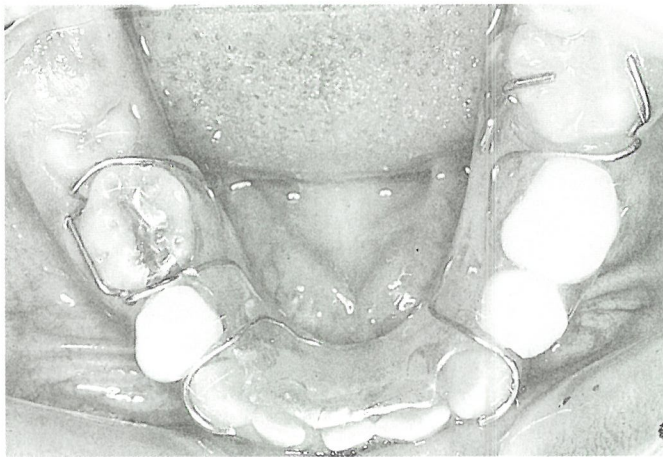
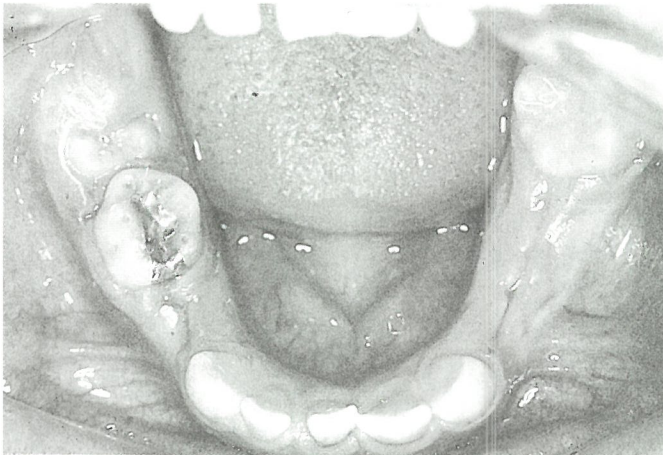


Fig. 28 A y B: Placa removable con sustitución por pérdida de molares temporales antes de la intercuspidad de primeros molares permanentes.

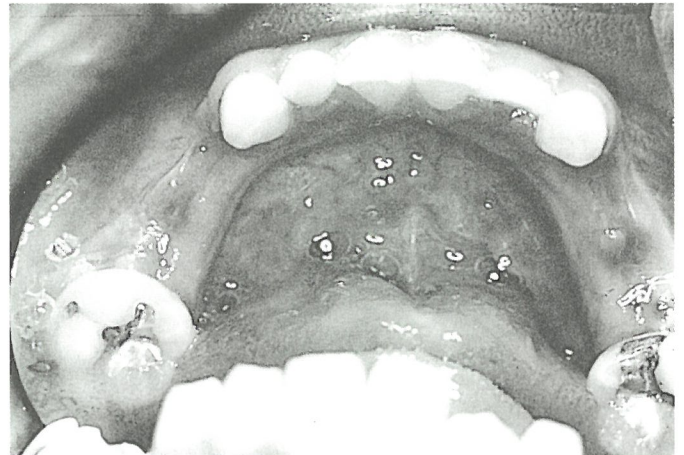


Fig. 29 A y B: Placa con sustitución por pérdida de los cuatro temporales con los primeros molares totalmente erupcionados.

4. Pérdidas múltiples

4.1. Antes de la erupción de los primeros molares

- Placa removable con sustitución y elementos adicionales de retención (Fig. 13).

- Mantenedor fijo de barra ferulizada (Fig. 20).

4.2. Después de la erupción de los molares permanentes.

4.2.1. Sin disminución de longitud de arcada:
Placa removable con sustitución.

4.2.2. Con disminución de longitud de arcada:
Recuperadores.

Dra. Asunción Mendoza Mendoza, Profesora titular de Odontopediatría. Escuela de Estomatología, Sevilla.

Dr. Enrique Solano Reina, Profesor titular de Profilaxis, Estomatología Infantil y Ortodoncia. Escuela de Estomatología de Sevilla.

Bibliografía

1.- Ackerman, J.L.; Proffit, W.R.: Preventive and interceptive orthodontics: a strong theory proves weak in practice, Angle orthod. 50-75, 1980.

2.- Björk, A., Krebs, a., and Solow, B.; A method for epidemiological registration. Acta Odont. scand. 22:27, 1964.

3.- Graber, T.M.; Swain, B.F.: Ortodoncia, Principios generales y técnicas. Panamericana. 1988.

4.- Magnusson Bengt, o, y cols.: Odontopediatría. Enfoque sistemático. Salvat 243-263. 1985.

5.- Kennet D., Manual de Odontopediatría. Labor. 245-293. 1982.

Publicado en:
**REVISTA DE ACTUALIDAD
ESTOMATOLOGICA ESPAÑOLA**
nº 392, Marzo de 1990.

Clasificación de riesgo de infección inducido por bacterias

RIESGO MUY ALTO

Episodio anterior de Endocarditis Infecciosa (EI).
Prótesis Valvulares.
Reciente Intervención Cardiovascular, al menos seis meses.
Cirugía sistemática de derivaciones de la arteria pulmonar o conductos. (Blalock-Taussing).

ALTO RIESGO

Enfermedad Reumática (u otra enfermedad cardíaca adquirida).

Valvulitis Aortica o Mitral.

Cardiopatía Hipertrófica.

ENFERMEDADES CONGENITAS

- Comunicación Interventricular.
- Ductus.
- Cohartación de la Aorta
- Lesión de la Tricúspide.
- Hipertrofia Asimétrica del Septum.
- Tetralogía de Fallot.
- Estenosis Aortica.
- Cianosis Cardíaca.
- Lesión en la Válvula Bicúspide de la Aorta.
- Estenosis Hipertrófica Subaortica Idiopática.

Catéter vascular permanente.

Prolapso de la Válvula Mitral, con Insuficiencia Mitral o murmullo holosistólico.

Postcirugía Valvular Mitral.

Shunts Ventriculoauriculares por Hidrocefalia.

Shunts Ventriculovenosos por Hidrocefalia.

Pacientes Inmunodeprimidos con ANC 500/mm³. o menos.

RIESGO MODERADO

Historia de Fiebre Reumática (menos de 5 años) sin clínica de enfermedad cardíaca.

Prolapso de la Válvula Mitral, con soplo sistólico tardío.

Lupus Eritematoso.

Diálisis Renal con Aparatos A-V

Derivaciones Ventriculoperitoneales por Hidrocefalia.

Pacientes con Quimioterapia.

Pacientes Inmunodeprimidos con ANC mayor de

500/mm³ y menor de 1.000/mm³.

Drogodependientes.

BAJO RIESGO

Soplos fisiológicos o funcionales.

Historia de Fiebre Reumática de más de cinco años sin clínica de enfermedad cardíaca.

Defecto Interauricular sin complicaciones.

Prolapso de la Válvula Mitral, sin insuficiencia de la Válvula Mitral y sin soplos.

Estenosis de la Arteria Coronaria.

Injertos para bypass en las Coronarias.

Marcapasos.

Enfermedad aterosclerótica cardíaca.

Catéter de Swan-Ganz.

Diabetes controlada.

Inmunodeficiencias con ANC 1.000/ mm³. o mayor.

Seis meses o más después de la cirugía de:

Ligadura de Ductus Arterioso.

Injertos vasculares.

Cierre quirúrgico de septos auriculares o ventriculares (sin puntos de dacron).

En ausencia o asociado a Enfermedad Cardíaca:

Anemia de Células Falciformes.

Fibrosis Quística.

Enfermedades de transmisión sexual.

Sustituciones protéticas articulares.

Aparatos ortopédicos metálicos.

RIESGO MUY ALTO Y ALTO RIESGO: Pacientes que deberán recibir antibióticos de manera profiláctica si son sometidos a intervenciones, normalmente Amoxicilina oral.

RIESGO MODERADO: La necesidad de antibióticos de manera profiláctica es controvertido tanto en el mundo médico como odontológico. Sin embargo se recomienda consultarlo con el pediatra antes de la intervención.

BAJO RIESGO: Pacientes no requieren profilaxis antibiótica. Se recomienda consultarlo con médico del paciente.

PAUTAS ANTIBIOTICAS RECOMENDADAS PARA ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Medicamentos niños (menos de 28 Kg.)

Amoxicilina*: 50 mgrs/kg., una hora antes de la operación y 25 mgrs/kg., seis horas después de la dosis inicial.

Penicilina V**: 1 gr. oral, una hora antes de la intervención. 500 mgrs., seis horas después de la intervención.

Alérgicos a la amoxicilina/penicilina ***

Eritromicina: 20 mgrs/kg., oral, una hora antes de la operación.
10 mgrs/kg., seis horas después de la dosis inicial.

Clindamicina: 10 mgrs/kg., oral, una hora antes del procedimiento.
5 mgrs/kg., seis horas después de la dosis inicial.

Pacientes con prótesis ortopédicas

Cefalexina: 1 gr. oral, una hora antes del procedimiento (Keflex) 500 mgr., seis horas después de la dosis inicial.

Pacientes con incapacidad para tomar vía oral

Ampicilina: 50 mgrs/Kg. intramuscular o intravenoso media hora antes de la intervención.
25 mgrs/kg., seis horas después de la dosis.

Pacientes con incapacidad para tomar vía oral que además son alérgicos a la amoxicilina, penicilina y ampicilina.

Clindamicina: 10 mgrs/kg. intravenoso 30 min. antes del procedimiento.
5 mgrs/kg., seis horas después de la dosis inicial.

Pacientes considerados de alto riesgo no candidatos a régimen standard

Ampicilina, Gentamicina y Amoxicilina:

50 mgrs/kg., de ampicilina, intramuscular o intravenoso, más 2 mgrs/kg. de gentamicina (no pasar de 80 mgrs), 30 min. antes de la intervención.

Continuar con 25 mgrs/kg. de amoxicilina seis horas después de la dosis inicial.

Alternativamente, el régimen parenteral puede ser repetido 8 horas después de la dosis inicial.

Alérgicos a la penicilina, amoxicilina, ampicilina considerados de alto riesgo

Vancomicina: 20 mgrs/kg., en infusión intravenosa durante una hora, comenzando una hora antes del procedimiento. No precisa repetir la dosis.

* Los rangos siguientes de pesos pueden también usarse para la dosis inicial de amoxicilina: Menos de 15 kg., 750 mgrs. De 15 a 30 kg., 1.500 mgrs. Y más de 30 kg. 3.000 mgrs. Las dosis que siguen deberán ser la mitad de la dosis inicial.

** Escoger la Penicilina V en vez de la Amoxicilina como profilaxis contra la bacteremia producida por los estreptococos alfa-hemolíticos, tras procedimiento dental, oral o de vías respiratorias altas está aceptado.

*** Y todos aquellos que toman continuamente penicilina oral como profilaxis de la Enfermedad Reumática del corazón.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY
REFERENCE MANUAL
1991-1992

Doce maneras de mejorar su práctica en Odontopediatría

En Odontopediatría, los padres eligen al dentista de sus hijos por una o varias de las siguientes razones: 1. Calidad de la atención. 2. Costo. 3. Confort y comodidad de los niños y de los padres y 4. Servicios suministrados al niño.

La calidad del tratamiento es posiblemente el factor más importante para determinar que clínica escogerán los padres y sus hijos. La calidad está definida por Webster como el grado de dignidad o excelencia. La calidad en la atención dental en los niños es usualmente intangible. Es una sensación, un sentimiento de los pacientes o de los padres cuando llegan a nuestra consulta. Es la suma de tiempo y servicios proporcionados a cada paciente. Es una aptitud, un sentimiento a través de la consulta que cala desde el doctor pasando por sus enfermeras hasta los pacientes y los padres. Esto toma cuerpo y muestra a los padres y al niño que usted se interesa por ellos, así como ellos, se interesan por usted. Es lo que le hace accesible cuando padres y niños tienen un problema y esto toma consistencia en el día a día. La calidad del tratamiento dental es nuestra competencia, enfatice e implique en ello a su paciente.

En una encuesta reciente sobre la calidad de los servicios dentales, se observó que el dentista percibía la "Excelencia Clínica" como calidad y los pacientes veían sobre todo la "Experiencia" como calidad. La calidad en odontología varía de un dentista a otro, de un paciente a otro y de un día a otro.

La calidad no es una técnica o un método, es una pasión, un orgullo. La calidad está en relación con el liderazgo. Es algo en relación con la atención y concierne a como obtener las sugerencias a través de los padres y pacientes. Cuando los padres y pacientes ven calidad de atención dental, el número de nuevos pacientes y las citas de revisión aumentan. Aquí les muestro doce maneras por las cuales puede conocer como pacientes y padres perciben la calidad del tratamiento dental en su clínica.

1. Tómese tiempo. La cantidad de tiempo consumido en cada procedimiento está en función del profesional y de su equipo. A menudo, es una buena idea pedir a cualquier miembro de nuestro equipo acompañar al paciente.

2. Explique procedimientos y servicios que llevará a

cabo en cada cita. El profesional lo puede hacer, pero usualmente la auxiliar quien explica que tipo de materiales fueron usados, que es lo que hizo, lo que necesitará...

3. Vista convenientemente. Los padres y los pacientes se dan perfecta cuenta de de los médicos que llevan camisa y corbata así como que las auxiliares llevan ropa limpia y de calidad.

4. Cuide su clínica. Limpieza brillante. Actual. Que promueva un ambiente y una aptitud positiva. Si usted no ha decorado su consulta en 5 años o más, ahora es el momento.

5. Eduque y premie a sus enfermeras. El conocimiento y confianza en sus enfermeras es esencial si usted les delega responsabilidades, tales como contestar preguntas de sus pacientes por teléfono. Sus enfermeras pueden aumentar su eficacia si: Son responsables de sus propias labores; las enfermeras tienen el poder de actuar a favor del profesional; los actos del doctor tienen el papel de modelo para estas enfermeras, el profesional establece sistemas para medir su rendimiento y les premia.

6. Materiales y métodos actuales. Use métodos y materiales actuales. Explique usted o su enfermera a los padres y pacientes que cosas son nuevas en la consulta.

7. Haga accesibles los materiales de educación a sus pacientes. Realice una bonita presentación de su clínica. Reparta folletos entre los niños y sus padres. Preocúpese de la impresión y de la calidad del papel y que estén de acuerdo con la filosofía de su clínica.

8. Educación continuada suya y de su staff. Cree junto a su equipo, un boletín casero donde usted pueda escoger artículos e información. Esta es una manera muy eficaz de conformar su práctica.

9. Ser profesional. Asegúrese que toda la correspondencia tenga el aspecto y vocabulario adecuado, las radiografías, estudios de modelos, etc., que tengan aspecto profesional.

10. Utilice gafas de aumento. El campo visual en operatoria dental ha mejorado enormemente, desde 2,5 hasta 3,5 veces. Cuando los padres observan que lleva gafas de aumento aumenta su reconocimiento.

11. Tenga una consulta limpia y estéril. Las modernas técnicas de esterilización incluyen guantes y máscaras, como lo más importante. Resalte en su boletín de presentación de la clínica, la importancia de la limpieza y transmita a sus enfermeras el mismo mensaje.

12. Invite a los padres a participar en el diagnóstico y en el tratamiento de sus hijos cuando sea apropiado. La participación de los padres, ayuda a percibir la calidad de la atención. Especialmente cuando usted se toma tiempo para secar los dientes del niño y mostrarles lo que ha hecho y por qué.

Dar esta calidad de tratamiento a padres y pacientes es lo principal para ellos y para nosotros como profesionales.

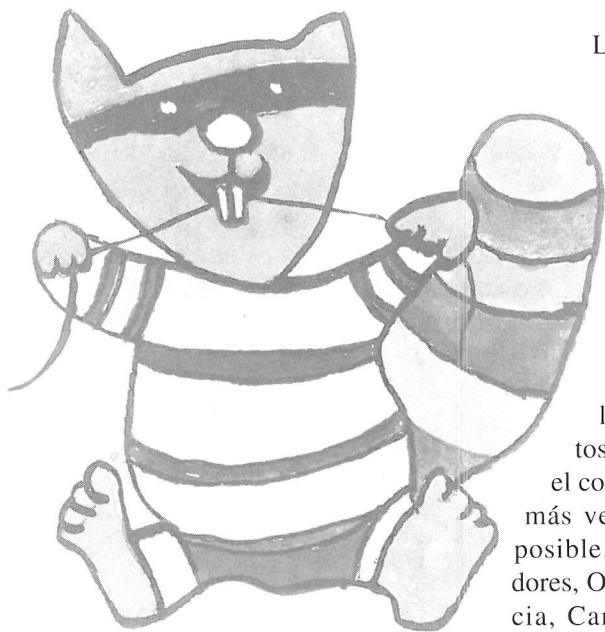
Estos doce peldaños para mejorar la calidad en su consulta son simples. Desafortunadamente las cosas simples de la vida son a menudo olvidadas. Practicando con calidad, día a día, sus pacientes y sus padres así como usted y sus enfermeras serán felices.

E.S. Nacht / D.P. Truokin.

The Journal of Clinic Pediatric Dentistry.

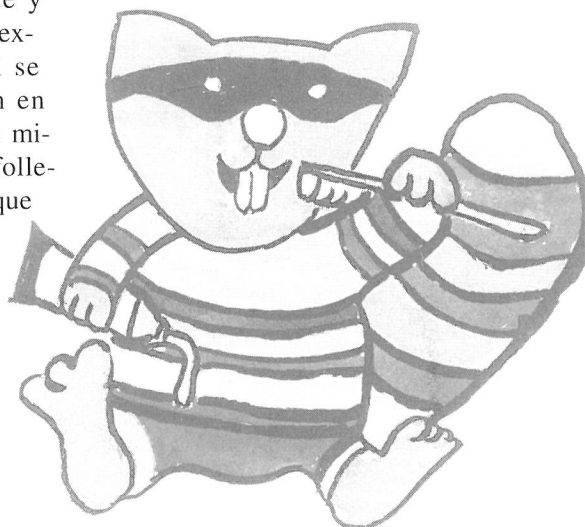
Vol. 15, nº 4/ 1.991.

Cuando ellos sonríen usted también sonríe



La Sociedad Española de Odontopediatría entiende que solamente cuando nuestros pacientes comprenden nuestros procedimientos clínicos los demandan. Por este motivo la S.E.O.P. pondrá a la venta folletos con información de los procedimientos preventivos y de las técnicas de tratamiento más frecuentes en nuestras clínicas. Así próximamente y de manera experimental se imprimirán en color varios miles de estos folletos de manera que

el coste sea lo más ventajoso posible. Selladores, Ortodoncia, Caries del Biberón y Cuidado Dental Infantil serán los temas que publicaremos.



Si estás interesado en hacer un pedido de estos folletos, escribenos solicitando el tema y el número que estarías dispuesto a adquirir.

Nombre D.N.I. O C.I.F.:

Apellidos

Dirección

Población Código Tfno.:

ORTODONCIA N° SELLADORES N°

CUIDADO DENTAL INFANTIL N° CARIES DE BIBERON N°

Cómo prevenir el estrés

Javier Doncel Jover

Psicólogo Clínico

En la sociedad desarrollada, el estrés se está convirtiendo en la "enfermedad de moda".

El síndrome del estrés está constituido por un conjunto de síntomas (cansancio, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, tristeza y pesimismo, tensión emocional, etc.) que alteran la forma de ser y de comportarse de quien lo padece.

Refleja la inadaptación a una situación (o conjunto de circunstancias) que nos sorprende de improviso, frecuentemente, por falta de previsión.

¿Cómo podemos evitarlo?

¡PROGRAMANDONOS!

La existencia es como un libro abierto que debemos escribir en el transcurso de la misma, a modo de una obra de teatro en la que cada uno debe ser el autor y el actor de su propia vida.

Como toda decisión correcta está basada en una buena información debemos preguntarnos:

¿Cuál prefiero que sea el argumento de mi vida?

En primer lugar debo definir mi vocación, que se compone de APTITUD inicial y de AFICION por un estilo de vida, es decir ¿qué tipo de vida me gustaría llevar, en función de mi realidad y mis posibilidades actuales?

Recordaremos ante todo que un problema bien resuelto y que, consecuentemente, debemos programar nuestra existencia.

Proyecto de vida personal

Un PROYECTO DE VIDA PERSONAL es el mejor modo de PREVENIR EL ESTRÉS y el camino ideal para disfrutar de la existencia.

El empeño que pongamos en conseguirlo nos ayudará a "llevarnos bien con nosotros mismos" y a ser felices.

Todo proyecto debe ser:

- CLARO, evitando dudas y ambigüedades.
- CONCRETO, que solo toque los temas fundamentales.
- REALISTA, eliminando fantasías, considerando la historia personal del autor y actor de esta "obra" y su situación real, es decir, partir del perfil psicológico de cada uno, de sus condiciones y sus límites.
- PERSONALIZADO, como un traje a la medida del

protagonista del plan, cubriendo sus necesidades, satisfaciendo sus aspiraciones, gustos y deseos.

- PLANIFICADO, de forma que ayude a sistematizar la vida, analizando y previniendo el devenir. Desde la situación presente, hasta el objetivo final debemos recorrer un camino de perfección personal, profesional y familiar, espiritual, formativo, lúdico, etc.

Alcanzar los objetivos

Cualquier persona puede alcanzar sus objetivos:

A) Si lo intenta poco a poco, escalonadamente.

B) Si los grandes resultados resultan lo suficientemente gratificantes.

- DIFÍCIL PERO ASEQUIBLE, para evitar inútiles pérdidas de tiempo de esfuerzo y, sobre todo, esas frustraciones que pueden acarrear una mala autoimagen con sus secuelas de inseguridad y el alto riesgo de muchas amarguras.

- FLEXIBLE, porque la vida, que es imprevisible, compleja y azarosa, puede exigirnos, en un momento dado, que nos paremos a pensar, que hagamos balance del camino recorrido y que REORGANICEMOS EL PROYECTO.

Tenacidad y sacrificio

En cualquier caso habremos de ser:

- TENACES, ante las dificultades y los reveses, el cansancio y, sobre todo, la rutina, que es nuestro peor enemigo.

- SACRIFICADOS, para saber renunciar a tantas tentaciones imprevistas, a cuantas incitaciones marginales intentarán dispersar nuestra intención y nuestro esfuerzo, rechazándolo lo accesorio y concentrándonos en lo principal: nuestros objetivos y nuestro programa vital.

Todo esto formará la estructura del proyecto que se compondrá de aspectos profesionales, familiares, sociales, deportivos, artísticos, etc. y que constituirán la base de nuestra felicidad individual.

La mejor manera de PREVENIR EL ESTRÉS consiste en PROGRAMAR NUESTRA VIDA, para ser los únicos que la dirijamos, sin dejarnos sorprender, ni avasallar por ella.

Planes de salud bucodental infantil o cómo hacer política a costa de la boca de nuestros hijos

En los próximos años, los Planes de Salud Dental se extenderán a todas las Comunidades Autónomas. Frecuentemente nos preguntan desde diferentes instancias cuál es nuestra opinión y en la mayor parte de los casos no sabemos que responder.

Consideramos que en una nación desarrollada como la nuestra, cualquier ciudadano, debería de tener acceso a una sanidad íntegra y gratuita, de la misma forma, pensamos, que los Gobiernos deberán prestar una atención especial a los niños y a los ancianos; por lo que no podía ser de otra manera, que las instituciones de este país, comenzaran, eso sí, tímidamente, a dar cobertura dental a estos colectivos. Aunque en principio todos los planes que promuevan salud dental son buenos, hemos de fijarnos, si éstos, verdaderamente, sirven a los intereses de salud de los colectivos a los que van dirigidos o son simplemente una herramienta más para el partido, la coalición o el grupo de poder para conseguir unos intereses políticos determinados.

Hacemos esta reflexión, que no es de ningún modo gratuita, por que no hace mucha tiempo, el partido socialista, a través de su Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, hacía pública su intención de cubrir la demanda dental infantil, de una forma un tanto precipitada, en fechas sospechosamente cercanas a las Elecciones Autonómicas. Dicho sea de paso en dichas elecciones perdieron varias Consejerías entre ellas la de Sanidad con el Sr. Freire autor del Plan.

¿Alguna vez nos hemos preguntado que porcentaje de los niños españoles consumen aguas con niveles óptimos de flúor?

¿Alguien por casualidad ha escuchado por la televisión anuncios en los que se promueven medidas de prevención de las enfermedades dentales dirigidas a los niños para contrarrestar aunque sólo sea un poco la propaganda salvaje que se les lanza para que consuman toneladas de golosinas repletos de calorías huecas?

¿Con qué frecuencia vemos en las salas de maternidad, en las consultas de los pediatras, información para el correcto cuidado dental de los niños pequeños. O dicho de otra manera, que madre en España conoce, que la alimen-

tación de su bebé mientras duerme, puede llegar a destruir completamente la dentición temporal de su hijo. O cual es la edad adecuada para que el niño acuda por primera vez al dentista. O si es necesario, que el niño tome suplementos de flúor...?

Y sin embargo, estamos comenzando a contemplar atónticos como los políticos, la mayor parte de las veces con un desconocimiento insultante, implantan planes de salud dental infantil, donde el énfasis se pone en los tratamientos restaurativos, en lo más caro de la odontología, con unos presupuestos escandalosamente ridículos, haciendo participar a compañeros nuestros, compañeros, recién salidos de las escuelas en unas condiciones económicas esclavistas, para llevar adelante unos objetivos, que en el mejor de los casos harán perder unos pocos votos más al partido que lo promueve.

En este momento lo que más vende políticamente en España y esto lo saben bien los políticos es la Odontología Restauradora, así la baza que supone en términos de rentabilidad política, el anunciar que éste o el otro Gobierno, cubrirá la atención odontológica de los niños, es enorme, pero fijémonos en el zaramullo que supone ésta afirmación, cuando a la hora de la puesta en práctica, resulta que:

Del escuálido presupuesto, solamente se destinan el 10% para el pago de los dentistas mientras que el 90% restante se destina a marketing e infraestructura.

No están cubiertas por el Plan las piezas temporales (la mayor parte de las piezas de un niño son temporales). Se promueve una política extraccionista de una manera sutil penalizando económicamente el tratamiento conservador (Resolución nº 491/90, del Programa de Salud Dental del Gobierno Vasco).

Y así podíamos continuar indefinidamente de tal manera que al final nos preguntamos si ha sido el plan diseñado para el niño o es la boca del niño la que está sirviendo al Plan. Por esto la S.E.O.P., tiene que difundir un si rotundo para aquellos planes en los que el objetivo real sea la salud dental del niño, niños de cualquier edad, hoy se consideran niños hasta los 16 años, o al menos, en edad pediátrica. Planes que contemplen todas las necesidades dentales

propias de la edad y que sean dignamente remunerados los compañeros que se integren en ellos.

Entendemos que deberán cumplir al menos estos cinco requisitos.

1.- Que no se discrimine a los niños por la edad. (El Plan de Salud Dental del Gobierno Vasco, no admite niños hasta los seis años).

2.- Que contemple todas las necesidades odontológicas propias de la edad.

3.- Que el profesional no se vea inducido bajo ningún aspecto a practicar un tratamiento determinado y que lo que prime sea el interés o el beneficio del propio niño.

4.- Los participantes reciban entrenamiento o demuestren tenerlo en el manejo del niño, al menos, en los procedimientos más sencillos y que periódicamente reciban cursos de puesta al día en Odontopediatría.

5.- Que los profesionales integrados en ellos, reciban remuneraciones dignas o al menos no inferiores a las tarifas mínimas de los Colegios.

J. A. I. - n° Colegiado 321 en el Colegio de la VII Región.

Movimiento registrado en nuestra Sociedad desde la reunión última de Valencia

Nuevos Miembros Numerarios

Dra. Carmen Anaya Rodríguez
Dr. Manuel Luis Colmena Soria
Dra. María Victoria Alfonso Consuegra
Dra. Valentina Otaí Mateo
Dr. Pablo Barembilt Scheinin
Dr. Fernando García Cruz
Dra. Inmaculada Solar
Dr. José Luis Gandía Franco
Dra. Margarita Sánchez Pérez

Bajas Voluntarias

Dr. Manuel Barrachina Mataix
Dra. Pilar Catalán

Solicitudes de Admisión

Dr. José Enrique Espasa Suárez de Deza
Dra. M^a Angela Mayoral Trías
Dra. Nuria Fernández Quiroga

Premios Científicos anuales del Ilustre Consejo General

TEMA: MEDICINA BUCAL.
PERIODONCIA.
PREVENCION ODONTOESTOMATOLOGICA.
ODONTOESTOMATOLOGIA LEGAL.
HISTORIA DE LA ODONTOESTOMATOLOGIA.

JURADO: Elección anual.

CUANTIA ECONOMICA: 1.000.000 de pesetas. (un millón).

CONVOCATORIA: Anual.

TEMA: TRATAMIENTOS DENTALES CONSERVADORES.
- Odontología Conservadora estética.
- Materiales en Odontología Conservador.
ENDODONCIA.
ORTODONCIA
ODONTOPEDIATRIA

JURADO: Elección anual.

CUANTIA ECONOMICA: 1.000.000 de pesetas (un millón).

CONVOCATORIA: Anual.

TEMA: PROTESIS DENTAL.
PATOLOGIA A.T.M.
MATERIALES EN PROTESIS.
CIRUGIA ORAL.
TRAUMATOLOGIA ODONTOLOGICA.
ONCOLOGIA BUCAL.
IMPLANTOLOGIA.

JURADO: Elección anual.

CUANTIA ECONOMICA: 1.000.000 de pesetas (un millón).

CONVOCATORIA: Anual.

ESTATUTOS PARA LA CONCESION DE TRES PREMIOS CIENTIFICOS ANUALES DEL CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ESPAÑA.

El Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, queriendo contribuir al enriquecimiento del nivel Científico de la Odontología y de la Estomatología, establece la concesión anual de tres premios al mejor trabajo presentado para a cada uno de los temas que más abajo se mencionan y en virtud de las siguientes:

BASES

A.- Convocatoria: Anual.

B.- Cuantía:

La cuantía de cada uno de los tres premios será de 1.000.000 de pesetas (un millón de pesetas).

C.- Candidatos:

1º.- Estar colegiado en uno de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos.

2º.- Tener realizado un mínimo de cinco años de ejercicio profesional (Certificado del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos correspondiente).

D.- Temario.

1º.- Los premios estarán determinados por tres grupos temáticos generales, cuyos encabezamientos son:

a) Medicina bucal.

Prevenición

Odontoloestomatología Legal.

b) Ortodoncia

Odontopediatría.

Tratamientos dentales conservadores.

Materiales en Odontología conservadora.

c) Prótesis

Materiales en Prótesis dental.

Patología A.T.M.

Cirugía Oral.

Traumatología Odontológica.
Odontología de origen dental.
Implantología.

- 2º.- Cada trabajo presentado para la obtención de uno de los premios, tendrá que estar incluido por su temática en uno de los tres apartados mencionados anteriormente.
- 3º.- El Jurado podrá determinar por la calidad del trabajo si el mismo puede optar o no, a uno de estos premios.
- 4º.- Los trabajos presentados en cada grupo temático para la obtención de uno de los premios, tendrán que reunir los siguientes requisitos:
 - 1.- Los trabajos se entregará en mano o se enviarán por correo certificado a la sede del Ilustre Consejo General en los plazos señalados en esta convocatoria. Habrá que incluir ORIGINAL Y CINCO COPIAS poniendo en el sobre para los Premios Científicos del Ilustre Consejo General del año 19...
 - 2.- Los trabajos Científicos presentados serán originales, inéditos, no premiados ni publicados con anterioridad, total o parcialmente.
 - 3.- Los trabajos Científicos presentados no serán temáticos de Proyectos de Tesis Doctorales en estudio o finalizados total o parcialmente.
 - 4.- Todos los trabajos tendrán un LEMA pseudónimo, que figurará en el exterior del sobre.
 - 5.- En el interior del sobre se incluirá otro sobre más pequeño **cerrado** en cuyo interior figurará la identidad del autor o autores con nombres, apellidos, dirección y teléfonos.
 - 6.- Este sobre con la identidad, será abierto por el Jurado después de emitir el fallo de cada premio anual durante la cena homenaje que organizará el Ilustre Consejo General el ULTIMO SABADO DE MAYO para la entrega de los Premios y Becas.
 - 7.- Los trabajos serán presentados mecanografiados a doble espacio, acompañados de lo iconografía pertinente, sin límite de extensión y con la bibliografía consultada. Se regirán los trabajos por las normas habituales de preparación de trabajos científicos a publicar en Revistas profesionales de ámbito nacional e internacional.
 - 8.- El Ilustre Consejo General se reservará el derecho a publicar total o parcialmente los trabajos que hayan sido premiados de acuerdo

con el establecido en la Ley 22/1.987 de 11 de Noviembre de Propiedad Intelectual.

- 9.- El autor o autores de los trabajos presentados a estos premios y que no hayan sido premiados autorizan y facultan al Consejo General para que los mismos, una vez conocida su autoría tras el fallo de los Jurados puedan ser publicados en el Organo de difusión del Consejo General.
- 10.- El autor o autores de los trabajos Científicos presentados aceptan SIN CONDICIONES TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS PREVISTOS EN ESTOS ESTATUTOS DE PREMIOS CIENTIFICOS DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL.

E.- JURADO

Se constituirá un Jurado por cada uno de los Premios a elegir, según el grupo temático a que se refiera y otorgará por mayoría el premio a uno de los trabajos presentados o por el contrario, si lo estima conveniente, podrá considerar desierto, uno, varios o todos los premios de ese año.

1º.- Cada premio tendrá un Jurado compuesto por cinco personas vocales titulares y cinco suplentes que, según el grupo temático que se considere serán los siguientes:

- a) El Presidente del Jurado será el Presidente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, o la persona del Comité Ejecutivo en quién el delegado, y necesariamente presidirá dicha Jurado.
- b) Un presidente Regional de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España elegidos por sorteo en un Pleno de Consejo General.
- c) Un presidentes Provincial de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España elegidos por sorteo en un Pleno del Consejo General.
- d) Un profesor Universitario, Catedrático o Titular por oposición de cualquier Escuela de Estomatología o Facultad de Odontología por sorteo entre todas las propuestas hechas por las Escuelas de Estomatología y las Facultades de Odontología y durante un Pleno del Consejo General.
- e) Un miembro de las Sociedades Científicas representadas ante el Consejo General elegidos por sorteo entre los propuestos de cada Sociedad Científica (una propuesta por cada

Sociedad) y durante un Pleno del Consejo General.

- f) Como Secretario del Jurado, con voz pero sin voto, actuará el secretario del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos.
- g) Los suplentes serán elegidos de acuerdo a las normas señaladas anteriormente por los vocales.

2º.- **NORMATIVA COMPLEMENTARIA.**

A.- En caso de empate la votación de los trabajos presentados para cada caso uno de los tres grupos temáticos antes mencionados se resolverá con el voto de calidad del Presidente del Jurado.

B.- Se procurará que, tanto los Profesores Universitarios elegidos como los vocales de las Sociedades Científicas, sean lo más afines posibles a cada grupo temático, en el sentido de que su práctica esté orientada al tema de que se trate.

C.- Los nombres de los posibles miembros del Jurado propuestos por las Sociedades Científicas, representados en el Consejo General y los propuestos por la Escuela de Estomatología y las Facultades de Odontología estarán en la Sede del Ilustre Consejo General antes del 31 de Diciembre del año anterior a la concesión de los premios.

D.- La identidad de los miembros de cada Jurado no se hará pública hasta después de ser conocidos los ganadores de los Premios.

E.- Todos y cada uno de los componentes de estos Jurados serán denominados y acompañados del correspondientes suplente a cada uno de ellos.

F.- Las decisiones de los Jurados serán INAPELABLES.

G.- **ELECCION DEL JURADO:**

- 1.- Cada uno de los cinco jurados serán elegidos en el PRIMER TRIMESTRE del año natural.

H.- **CADA PREMIO ESTA COMPUESTO DE:**

- 1.- Un Diploma acreditativo de la obtención del premio anual en el grupo temático correspondiente.
- 2.- Importe en pesetas de 1.000.000 (un millón de pesetas).
- 3.- El premio será siempre nominativo, aunque el trabajo seleccionado esté presentado por varios componentes.

I.- **SELECCION Y ENTREGA DE PREMIOS:**

- 1.- La presentación de los trabajos a cada grupo

temático se podrá realizar entre los días 1 de Marzo y 30 de Abril de cada año natural, en mano o por correo certificado en la sede del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España.

2.- Los Jurados reunidos seleccionará y darán a conocer los trabajos elegidos antes del 15 de Mayo.

3.- Los premios se entregarán en una cena organizada por el Consejo General el ULTIMO SABADO DEL MES DE MAYO, coincidiendo con la entrega en el mismo acto de las Becas Científicas de Investigación anuales del Ilustre Consejo General.

4.- La entrega de cada Premio será realizada por el Presidente del Consejo General o por las personas que crea conveniente o delegue.

5.- Los trabajos presentados deben de ser absolutamente originales e inéditos.

6.- Los trabajos presentados podrán figurar a nombre de uno o varios autores AUNQUE SIEMPRE, EN RELACION A LA CONCESSION DEL PREMIO CORRESPONDIENTES, SE TENDRA EN CUENTA AL AUTOR QUE FIGURE EN PRIMER LUGAR.

J.- **PUBLICIDAD.**

1.- Los tres trabajos finalistas (entre ellos, el ganador) de cada grupo temático serán publicados por el Consejo PREMIOS Y BECAS ANUALES DEL CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ESPAÑA.

2.- El resto de los trabajadores irán siendo publicados en las revistas del Consejo General mensualmente hasta que sean entregados los premios del próximo año.

K.- **FINALIDAD DE ESTOS PREMIOS.**

Es deseo del Consejo General de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España que estos premio sean:

- 1.- Un medio de dignificar el empeño de la Odonto-Estomatología.
- 2.- Colaborar, al igual que otras instituciones, a mantener un nivel científico cada vez más alto de la Odonto-Estomatología cada vez más alto.
- 3.- Estimular a todos los colegiados a mantener un constante deseo de investigación y progreso en los temas odonto-estomatológicos.

BECA CIENTIFICA DE INVESTIGACION DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL

TEMA: INVESTIGACION INEDITA EN EL CAMPO ODONTO-ESTOMATO-LOGICO.

JURADO: Elección anual

CUANTIA ECONOMICA: 3.000.000 de pesetas (tres millones).

CONVOCATORIA : Anual.

DURACION DE LA PRESTACION: a lo largo de 2 a 3 años (determinación del jurado).

ESTATUTOS PARA LA CONCESION DE UNA BECA CIENTIFICA ANUAL DE INVESTIGACION DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ESPAÑA.

El Ilustre Consejo General de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España queriendo favorecer el prestigio, así como, la necesaria actualidad de la investigación de la Odonto-estomatología, instituye **UNA BECA ANUAL** de investigación en Odonto-Estomatología, de 3.000.000 de Pts. (tres millones de pesetas) en virtud de las siguientes:

BASES

1°.- **CONVOCATORIA:** Elección anual

2°.- **CANDIDATOS:**

- A.- Estar colegiado en uno de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- B.- Tener un mínimo de cinco años de ejercicio profesional desarrollado, ya en un Centro Público, o en Centro Privado o simplemente de actividad profesional, estando colegiado en uno de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España durante esos años.

3°.- **CUANTIA DE LA BECA:**

La cuantía de la beca será de 3.000.000 de pesetas (tres millones de pesetas).

4°.- **DURACION DE LA BECA:**

La duración de la beca será de tres años, a determinar por el Jurado según el tiempo requerido por el trabajo a desarrollar.

5°.- **ENTREGA DEL IMPORTE DE LA BECA OBTENIDA:**

La entrega podrá realizarse bien por entregas anuales, semestrales o trimestrales durante el tiempo que establecido por el Jurado, en cantidades parciales hasta completar el importe total de tres millones a que asciende la beca.

6°.- **REQUISITOS DE ENTREGAS DE IMPORTES DE LA BECA OBTENIDA:**

- A.- Las cantidades que se entreguen en los periodos de tiempo establecidos por el Jurado irán siendo satisfechas previa entrega de memoria pormenorizada del desarrollo del trabajo que se esté realizando hasta ese momento.
- B.- El disfrute de la beca es incompatible con cualquier otra o con la recepción de otras ayudas, ya oficiales estatales, ya probadas a través de organismos o sociedades o entidades de cualquier titularidad.

7°.- **TITULARIDAD DE LA BECA:**

La entrega de la beca será nominal e intransferible, no hereditaria y entregada al autor del trabajo de investigación o al primer autor, sin son varios los que figuran en el proyecto de investigación.

8°.- **TEMARIO:**

- A.- Podrán optar a esta beca cualquier proyecto de trabajo de investigación que trate de la Odontología o de la Estomatología en el MAS AMPLIO SENTIDO DE LA PALABRA.
- B.- Los Proyectos de trabajo de Investigación que se presenten serán originales, inéditos, de titularidad individual o colectiva, aunque solo se tendrá en cuenta para la recepción de la beca al autor o al primer autor que figure en el proyecto de investigación.
- C.- No se admitirán proyectos de trabajos de investigación cuya titularidad sea una institución, o asociación, o sociedad o entidad social aunque figure a nombre de un determinado profesional.
- D.- Todos los proyectos de trabajo de investigación deben entregarse incluyendo:
 - Hipótesis de trabajo (claramente expresada)
 - Material y métodos.
 - Bibliografía.
 - TIEMPO NECESARIO PARA SU REALIZACION.
- E.- Los Proyectos de trabajos de investigación se deberán enviar en sobre cerrado figurando el lema del trabajo en el exterior y en el interior descrip-

ción del proyecto, incluyendo sobre pequeño cerrado con el nombre y dirección del autor o autores del proyecto de investigación a desarrollar.

- F.- Los Proyectos de trabajos de investigación que obtengan beca deberán ser realizados en territorio nacional en un Centro Público o Privado, Entidad Pública o Privada y donde un Jefe de Departamento, Director de Instituciones o similar pueda controlar e informar al Consejo General del curso de los trabajos que se estén desarrollando bajo los auspicios de la beca obtenida cuando así sea requerido por ello, por el Jurado.

9º.- JURADO

Se constituirá un Jurado único para la concesión de la beca y otorgará por mayoría a un proyecto de trabajo de investigación presentados para la obtención de la misma, o por el contrario, si el Jurado lo estima conveniente, y sin apelación posible, podría considerar desierta la beca convocada.

COMPONENTES

- A.- El Jurado estará compuesto por cinco miembros, incluido el Presidente del Ilustre Consejo General de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- B.- Estos cinco miembros serán los siguientes:
- B.1.- Será Presidente del Jurado el Presidente del Ilustre Consejo General de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, o persona en quién delegue del Comité Ejecutivo, que presidirá dicho Jurado.
- B.2.- Un Presidente Regional de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, elegido en un pleno de dicho Consejo General.
- B.3.- Un Presidente Provincial de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, elegido por sorteo en pleno del Consejo General.
- B.4.- Un Profesor Universitario, Catedrático o Titular por oposición de cualquier Escuela de Estomatología o Facultad de Odontología por sorteo entre todas las propuestas por las Escuelas de Estomatología y Facultades de Odontología de España, y durante un pleno del Consejo General.
- B.5.- Un miembro de representación de las Sociedades Científicas representadas en el Consejo General, por sorteo entre todos los propuestos por cada Sociedad Científica (tres propuestas por cada sociedad) y durante un pleno del Consejo General.

B.6.- Como Secretario del Jurado, con voz, pero sin voto, actuará el Secretario del Consejo General.

B.7.- Todos y cada uno de los miembros del Jurado tendrán suplente oficial también elegidos del mismo modo que los titulares.

10º.- ELECCION DEL JURADO

- A.- Cada miembro del Jurado será elegido en el primer trimestre del año natural a la concesión de las becas, es decir, en un pleno del Consejo General entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo.
- B.- Los propuestos a miembros por las Escuelas de Estomatología y Facultades de Odontología de España deberán obrar en poder del Consejo General antes del 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior a la concesión de las becas.
- C.- Los propuestos a miembros del Jurado por las Sociedades Científicas representadas en el Consejo General, igualmente deberán obrar en poder del Consejo General antes del 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR a la concesión de las becas.
- D.- La identidad de los miembros del Jurado no se hará pública hasta después de ser conocido el titular de la beca.

11º.- COMPONENTES DE LA BECA:

Cada Beca estará compuesta de:

- 1º. Un diploma acreditativo de la obtención de la beca al autor o autores del Proyecto de Investigación.
- 2º. Certificado nominal al autor o primer autor (si son varios los autores) del Proyecto de Investigación, firmado por los miembros del Jurado con las características de la beca concedida, así como las condiciones a tener en cuenta para para la entrega de las cantidades económicas acordadas por el Jurado, por el importe total de la beca.
- 3º. Un cheque nominal a cuenta, de 500.000 Ptas., al autor o primer autor (si son varios) del proyecto de trabajo de investigación, en la cena homenaje de entrega de premios y beca a celebrar el último sábado del mes de Mayo.

12º.- SELECCION Y ENTREGA DE LAS BECAS.

- A.- La presentación de los Proyectos de trabajos de investigación se podrá realizar entre los días 1 de Marzo y 30 de Abril de cada año natural a la concesión de la beca, en mano en la sede del Consejo General o por correo certificado enviado al domicilio del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, sita en

Madrid calle Villanueva, 11. 28001 Madrid.

- B.- El Jurado reunido seleccionará y dará a conocer el nombre del titular del Proyecto de Investigación antes del 15 de Mayo.
- C.- La beca concedida se entregará en una cena organizada por el Ilustre Consejo General el último sábado del mes de Mayo, coincidiendo con la entrega en el mismo acto de los Premios Científicos anuales del Ilustre Consejo General.
- D.- En el acto oficial de entrega de la beca concedida, se dará al autor del Proyecto de Investigación elegido un cheque nominal por importe de 500.000 Ptas. (quinientas mil pesetas) como inicio del disfrute de la beca concedida. El resto de la beca se entregará en las cantidades y en los plazos que determine el Jurado, lo cual se comunicará al seleccionado en el certificado de condiciones establecidas que se entregue en el mismo acto oficial.
- E.- La entrega de la beca concedida será realizada por el Presidente del Ilustre Consejo General o por la persona que crea conveniente o delegue.
- F.- Los Proyectos de trabajos de investigación podrán figurar a nombre de uno o varios autores, aunque siempre, en el momento de la entrega de la concesión de la beca, se tendrá en cuenta al primer autor que figure en el proyecto de trabajo de investigación, al cual se dará como titular de la beca concedida.

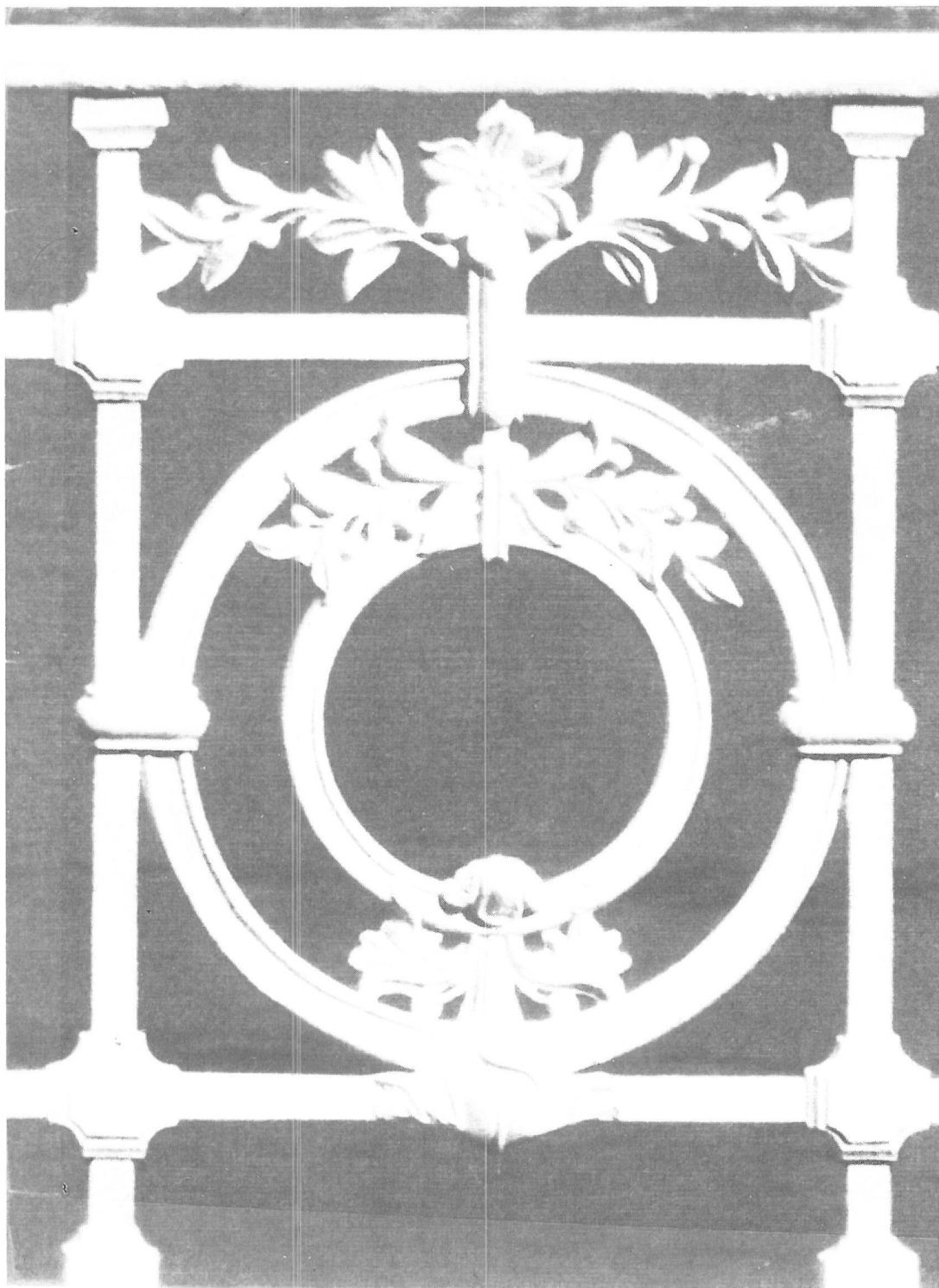
13°.- PUBLICIDAD.

- A.- La beca de investigación instituida por este Ilustre Consejo General, sus condiciones, características

y cuantías serán publicadas todos los años en la revista de Actualidad Odonto-Estomatológica Española del Ilustre Consejo General.

- B.- Los Proyectos de trabajo de investigación que obtengan una beca, autor o autores, lemas de trabajo, tiempo de trabajo y demás características serán publicados en un número monográfico de la Revista de Actualidad Odonto-Estomatológica Española, junto con los trabajos finalistas de los tres premio Científicos del Ilustre Consejo General, con el título:
PREMIOS Y BECAS CIENTIFICAS ANUALES DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ESPAÑA.
 - C.- Al finalizar el disfrute de la beca el autor o autores remitirán a la sede del Consejo General una memoria completa de resultados de investigación al objeto de publicar los mismos en el número monográfico anual anteriormente señalado.
- 14°.- FINALIDAD DE ESTA BECA:**
- Es deseo del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España que esta beca sea:
- A.- Medio de dignificar el desempeño de la Odontolo-Estomatología en todo el país.
 - B.- Colaborar, al igual que otras Instituciones a mantener un nivel Científico cada vez más alto de la Odontoestomatología.
 - C.- Estimular a todos los colegiados a mantener un constante deseo de investigación y proyecto en la Odonto-Estomatología.

XIV Reunion anual de
la sociedad española de
odontopediatria



San Sebastian 1992
Marzo 28, 29 y 30

DR. RUEL W. BENCH, B.S., D.D.S.



En 1953 obtiene el D.D.S. en School of Dentistry of San Francisco. Fue premiado con el máximo galardón en Odontopediatría.

Entre 1953-1955 durante la guerra de Corea trabaja como dentista en la U.S. Army.

Practica la Odontopediatría en North Hollywood, California, durante algunos años.

Más tarde se asocia con el Dr. Robert M. Ricketts, dedicándose a la práctica y a la enseñanza de la Ortodoncia. Ellos desarrollaron y enseñaron LA TERAPEUTICA BIOPROGRESIVA, su filosofía y el diagnóstico cefalométrico computerizado.

Entre 1959 y 1962 fue preceptor en UCLA en el departamento del Dr. Robert M. Ricketts.

En 1962, su tesis, "The Growth of the Cervical Vertebrae as Related to Tongue Posture", fue premiada con el galardón Milo Hellman Research Award por la Asociación Americana de Ortodontistas.

Ha enseñado Ortodoncia en las siguientes Universidades:

U.C.L.A.- Los Angeles, California.

University of Texas-Houston, Texas.

Loma Linda University-Loma Linda, California.

Ha dado cursos en casi todo el mundo, además de U.S.A., en Canadá, México, Europa, South Africa, Australia, China.

En 1988 fue invitado por la Sociedad Española de Ortodoncia, S.E.D.O., como principal conferenciante en su reunión Anual en Barcelona.

Es coautor del texto Terapia Bioprogressiva.

En 1989 desarrolla un nuevo tipo de bracket edgwise mini.

En 1990 desarrolla un nuevo tipo de arcos preformados para ser usados con la técnica Bioprogressiva.

Su interés investigador se centra en este momento en el estudio del desarrollo de la cefalometría como una herramienta de investigación, como ayuda diagnóstica y que la podamos utilizar como nexo de unión entre la morfología esquelética, el diagnóstico ortodóncico y la evaluación del tratamiento. En la computerización de la cefalometría como herramienta para el diagnóstico y el plan de tratamiento.

Expresidente de la Fundación para la Investigación en Ortodoncia.

Diplomado por la American Board of Orthodontics.

Ha publicado docenas de artículos fundamentalmente en The Angle Orthodontics, Oral Surgery, Oral Medicine y Oral Pathology.

Actualmente está preparando para su publicación el texto. "Cephalometric Evaluation of Orthognathic Surgical Results".

PROGRAMA PROVISIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA
Mayo 28-29, 1992- Dos días de Curso

28 de Mayo:

- Manejo y principios de la terapéutica bioprogressiva.
- Diagnóstico de maloclusión.
- Análisis Cefalométrico
- Tipos Faciales - Crecimiento Normal.
- Objetivos de tratamiento
- Construcción visual de los objetivos de tratamiento
- Demostración en pacientes.

29 de Mayo:

- Abriendo la maloclusión para establecer una función normal.
- Control Incisivo
- Procedimientos de nivelación de arcada
- Cambios Ortopédicos
- Casos de Dentición mixta.

XI CONGRESO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE DENTISTAS PARA MINUSVALIDOS, conjuntamente con la SOCIEDAD ITALIANA DE DENTISTAS PARA MINUSVALIDOS. VENEZIA (ITALIA). JULIO 26-30 1992.

TEMAS :

Complicaciones orales de la quimioterapia: Investigación, profilaxis y manejo.

Sedación consciente y anestesia en pacientes minusválidos; perspectivas del enfermo ambulatorio y manejo del cuidado diario.

Manejo del paciente médicamente comprometido.

Problemas de la dentición madura en pacientes minusválidos.

Problemas orales de pacientes con anomalías genéticas.

El problema de la maloclusión en pacientes minusválidos.

Educación y entrenamiento del equipo dental para el cuidado especial del paciente minusválidos.

Revisión de los Programas existentes en diferentes países.

PROGRAMA SOCIAL:

Recepción.

Banquete del Presidente.

Gira Turística.

President of the Organizing Committee.

Dr. Andrea Pagnacco.

Ospedale Civile di Sandrigo.

36066 SANDRIGO (VI)-ITALY.

Tel. 39-444-659300.

Organizing Secretariat

Endar Centro Congressi

Castello 4966

30122 VENEZIA-Italy

PHONE: 39-41-5238440

ORTODONCIA PARA ODONTOPEDIATRAS Y GENERALES

ORTOBAO, S.A. organiza en Bilbao ciclos de enseñanza de Ortodoncia para Odontopediatras y Generales, dirigidos a diagnosticar y tratar de manera apropiada casos simples de maloclusión.

Impartidos por:

B.H. GARCIA., D.D.S., M.S.D.

Departament of Ortodontics. Associate Professor.

Con un amplio programa que ve desde la colocación de bandas y brackets, pasando por la confección de seccionales, resorte, utility, terminando con la motivación de los pacientes y administración del consultorio.

Estos cursos se imparten en ciclos de tres y los previstos, para este año serán en Octubre 91, Febrero 92, Junio 92. Para más información llamar al 94-4218019.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA (S.E.O.C.)

OVIEDO 1992.

PRIMER CONGRESO NACIONAL

La recientemente fundada S.E.O.C., celebrará en Oviedo su primer Congreso. La puesta al día en los tratamientos Conservadores y el uso adecuado de los más nuevos materiales Odontológicos son los objetivos principales de esta Sociedad según su presidente el Dr. E. BRAU.

Desde estas páginas les deseamos una larga vida y un futuro lleno de éxitos científicos.

Para más información:

Prof. Esteban Brau Aguadé.

Consejo de Ciento, 226, 4º, 4ª.

08011 BARCELONA.

CURSO DE ORTODONCIA

NUEVAS TENDENCIAS EN ARCO RECTO: TECNICA BIDIMENSIONAL.

POR EL DR. A. GIANELLY, CATEDRATICO DE ORTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE BOSTON.

Barcelona:

22 y 23 De Noviembre de 1991.

26 y 27 De Marzo de 1992.

Presentado por la Asociación de Ortodontistas de Cataluña y Orthospain, S.L.

Para más información:

Dr. Xavier Casas Estivales.

C/ Lázaro Cárdenas, 1-1º.

08017 BARCELONA. Telf. 2004976.

CURSO TEORICO PRACTICO DE ODONTOPEDIATRIA

Dr. Joan Ramón Boj Quesada.

16 de Mayo de 1992.

Academia de Ciencias Médicas.

TEMARIO:

Desarrollo psicológico del paciente odontopediátrico.
Técnicas de manejo de conducta.
Anestesia local en Odontopediatria.
Sedación.
Terapia Pulpar.
Coronas de acero inoxidable.
Mantenedores de espacio.
Selladores.
Incrustaciones con composite.

Para más información:

Academia de Ciencias Médicas.
Pº Bonanova, 47-08017 Barcelona.

CURSOS DE ORTODONCIA PARA GRADUADOS

Promovidos por la Fundación Cultural Privada GNATHOS y dirigidos por el Dr. Jorge Gregoret.

Cursos de Diagnóstico, Planificación y Tratamiento Ortodóncico en seis niveles, cada nivel con una duración de cinco días y con un intervalo entre curso y curso de tres meses.

Más información:

FUNDACION GNATHOS
Fernández de la Hoz, 58-1º C
MADRID. Telf. 4423281.

PRIMER CONGRESO DE LA ACADEMIA EUROPEA DE DENTISTAS PARA NIÑOS.

LEEUWENHORAT CONGRES CENTRUM, NOORDWIJKERHOUT, NETHERLANDS 5, 6 y 7 DE MARZO DE 1992.

PROGRAMA PROVISIONAL

5 de Marzo de 1992.

9,00 Delegates arrive: REGISTRATION
12,00 LUNCH
13,30 Welcome. Prof. M.E.J. Curzon. Univ. of Leeds.
Introduction
"The prevention of dental caries".
Dr. D.J. Purdell-Lewis. Unilever Research.
13,40 PREVENTION I Systemic Fluorides
Chairman: Prof. D.M.O'Mullane, Univ. of Cork.

13,50 a) Water Fluoridation. Prof. Murray. Univ. Newcastle.
b) Drops, tablets. Prof. K.W. Stephen. Univ. Glasgow.
14,30 c) Other methods, salt, sugar, milk, etc.
Prof. W. Kunzel. Univ. of Erfurt.
14,50 Panel Discussion led by Chairman
15,50 Tea.
16,10 PREVENTION II Microbio/Morphology.
Chairman: Prof. Curzon, Univ. of Leeds.
16,20 a) Caries Tests. Dr. Alaluusia. Univ. Helsinki.
16,40 b) Antibacterial Agents and Vaccines. Dr. Marsh.
Public Health Laboratory Porton Down, UK.
17,00 Fissure Sealants. Prof. L. Ripa. Univ. of Stonybrook. New York.
17,20 Panel Discussion led by Chairman.
18,00 CLOSE.
19,30 CONFERENCE BANQUET.

Friday 6 March 1992.

09,00 PREVENCIÓN III Diet.
Chairman: Dr. J.M. Morand, Paris.
09,10 a) Diet counselling & behavior change. Dr. I. Johanssen University of Umea Sweden.
09,40 b) Efficacy of sweeteners and sugar substitutes.
prof. T. Imfeld. University of Zurich.
10,10 c) Efficacy of dietary change. prof. Burt. Univ. Ann Arbor. Michigan.
10,40 Coffe.
11,00 Panel Discussion led by Chairman.
12,00 LUNCH
13,30 PREVENCIÓN IV Topical Fluorides.
Chairman: Prof. Goran Kock, Postgraduate Institute of Jonkoping.
13,40 a) Toothpastes. prof. K.G. Koning. Univ. of Nijmegen.
14,00 b) Topical Gels. Prof. S. Wei. Univ. of Hong Kong.
14,20 c) Varnishes and Mouthrinses. Dr. L. G. Petersson. Halmstad, Sweden.
14,40 d) Slow release fluoride. Prof. M.E.J. Curzon. University of Leeds.
14,50 TEA.
15,20 Panel Discussion led by Chairman.
16,20 "Integrated prevention". Prof. P. Axelson. Univ. of Karlstadt. Sweden.
16,40 Final Discussion.
17,30 CLOSE OF CONFERENCE.
19,30 DINNER.

Saturday, 7 March 1992.

- 08,30 REGISTRATION
09,10 Welcome.
09,10 Clinical Pediatric Dentistry.
Chairman Prof. C. Oulis, Athens.
"Practical preventive Paediatric Dentistry in the Dental Office"- I. Prof. L.Ripa. Univ. Stonybrook. New York.
10,15 COFFEE.
10,45 Clinical Paediatric Dentistry.
Chairman: Dr. I. Jacobsen. Oslo.
"Practical Preventive Paediatric Dentistry in the Dental Office"- II. Prof. L. Ripa.
12,30 LUNCH.
13,30 Postgraduate training in Paediatric Dentistry.
How long. When and what should we include.
Chairman: Dr. E. Ben Zur, Switzerland.
13,40 Training programmes in Belgium. Dr. Martens. Ghent.
14,00 Training Programmes in Scandinavia. prof. G. Koch.
14,20 Training Programmes in UK. Dr. B. Scheer. London.
15,00 Discussion on Training Requirements in the EEC/Scandinavia led by Chairman.
16,00 Annual General meeting of European Academy of Paediatric Dentistry.
17,30 CLOSE.
20,00 CONGRESS BANQUET.

Para más información:

MRS. S.A. MASON.
Department of Child Dental Health.
Dentala School
Clarendon Way. Leeds LS2 9LU
Tel.: 44-532-336138 / Fax.: 44-532-334381.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENDODONCIA

XII CONGRESO ANUAL

Valencia, 4, 5 y 6 de junio de 1992.

Jueves 4 de Junio:

Cursos Teórico-Prácticos con inscripción dictada por:

- A. William B. Johnson D.D.S.: **Preparación de conductos: obturación con la técnica del Thermafil.**
B. Harwey Weiner D.D.S.: **Preparación seriada de conductos y obturación con la gutapercha caliente. Tec. de Schilder.**

C. James Roane D.D.S.: **Preparación de conductos con la técnica de la fuerza balanceada.**

D. Frank Weine D.D.S.: **Preparación de conductos curvos y obturación con condensación lateral.**

E. Alfred L. Frank D.D.S.: **Cirugía endodóncica (en pacientes).**

Curso Teórico sobre Avances en Endodoncia dictado por John L. Ingle D.D.S.

Viernes 5 y Sábado 6 de Junio:

Conferencias, Mesas Redondas y comunicaciones Libres.

Sede del Congreso: Hotel Sidi Saler, Valencia.

Presidente del Congreso: Dr. José Luis Sánchez Cortés.

Secretaría Técnica: Viajes El Corte Inglés, S.A.

Dpto. de Congresos-Moratín, 14, 8 B
46002 Valencia.

CONVOCATORIA DE BECAS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENDODONCIA.

Con el fin de fomentar el estudio de la endodoncia entre los estudiantes de nuestro país, la A.E.D.E. convoca dos becas al mejor trabajo de investigación o de revisión bibliográfica. Las becas cubrirán todos los gastos de asistencia al Congreso y una dotación de 100.000 pesetas.

Condiciones para concursar: **1.-** Presentar un trabajo de investigación o revisión bibliográfica sobre endodoncia, inédito y realizado por el propio alumno. **2.-** En la hoja nº 1 figurará sólo el título del trabajo. **3.-** En la hoja nº 2 (y sólo en ese lugar) debe figurar el nombre, dirección y número de teléfono del autor. **4.-** En la hoja nº 3, debe figurar el justificante de estar matriculado como alumno del Pregrado o Postgrado en una Escuela de Estomatología o Facultad de Odontología de España. **5.-** El trabajo debe presentarse por triplicado. **6.-** El plazo de presentación finaliza el 30 de abril de 1992.

El tribunal de evaluación estará formado por la Junta Directiva de A.E.D.E., reservándose el derecho de publicación en su revista.

Deberán ser enviados a la : Asociación Española de Endodoncia. Dr. Pedro Ruiz de Temiño Malo. Becas A.E.D.E. C/ Velázquez, 124-1º-28001 MADRID.

III PREMIO RODRIGUEZ CARVAJAL. Al mejor casos clínico publicado en la Revista de A.E.D.E. durante el año.

ORTOPEDIA MAXILOFACIAL CLINICA Y APARATOLOGIA

John W. Witzig

Terrance J. Spahl

Edición 1.991. 534 pág..500 ilustraciones a todo color.

Precio: 14.500.- (IVA incluido).

Este libro de fácil comprensión que está dirigido a Odontopediatras y Generales, nos aclara por primera vez el uso más adecuado de aparatos que se venían usando de una forma más o menos empírica: La Placa de Expansión, la Placa para distalar molares mesializados...

El capítulo que hace referencia al Bionator cuenta la historia de los aparatos fundionales en Europa. Y describe de forma detallada el uso, actividades y cuidados del Bionator II y III.

Termina mostrando las diferentes maneras de pegar brackets, como los rudimentos de la aparatología fija. Es un libro de lectura muy entretenida que os recomendamos adquirir.

STRAIGHT WIRE

The Concept and Apliance

Lawrence F. Andrews.

L.A. Wells Co.

2025 Chasworth Boulevard.

San Diego, CA 92107

Editado en 1989, 406 pág. ilustraciones en blanco y negro.

Precio: 21.359.- (IVA incluido).

A través de sus páginas escritas en un inglés fácil de entender para los principiantes ya que se recurre a términos técnicos, Andrews nos detalla los hallazgos que le llevaron a diseñar la técnica de Straight Wire.

En las Seis Llaves de la Oclusión Normal u Optima término que él considera más correcto, se vierten importantes conceptos que todos aquellos que practican la ortodoncia conviene que conozcan. Es un texto muy interesante pero excesivamente caro en España.

¿ Va a cambiar de domicilio ?

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

Rellene por favor este boletín y envíenoslo a:

Secretaría Técnica de la S.E.O.P.

Iparraguirre, 34-3º - 48011 Bilbao.

Nombre

Dirección Tfno.:

Ciudad Provincia C. D.:

Normas para la publicación de trabajos

- 1.- La Revista consta fundamentalmente de las siguientes secciones:
 - a) Trabajos o Artículos Originales.
 - b) Revisiones de conjunto.
 - c) Notas clínicas.
 - d) Cartas al Director.La Revista incluye otras Secciones como: Editoriales, Revisiones de artículos, Trabajos solicitados, Información sobre Conferencias y Mesas redondas y Críticas de libros y revistas. Estos trabajos son escritos por el Comité de Redacción o por encargo del mismo autor.
Los autores que espontáneamente deseen colaborar en alguna de estas Secciones deberán consultarlo previamente.
- 2.- Para su publicación hay que remitir 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.
- 3.- No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista.
- 4.- 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.
- 5.- El conjunto del trabajo debe incluir los siguientes apartados dispuestos según el orden que se indica:
 - a) primera página.
 - b) resumen de extensión no superior a las 100 palabras en español y en inglés. Lista de palabras claves que reflejen la naturaleza del trabajo. Estas palabras, situadas debajo del resumen a efectos de índice, deberán redactarse en español y en inglés.
 - c) texto ordenado en sus correspondientes apartados según el tipo de trabajo. Los encabezamientos principales como por ejemplo, INTRODUCCION, MATERIAL Y METODO, RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES, REFERENCIAS etc., deberán estar escritos en mayúsculas y centrados en el ancho de la página. Los subtítulos si se utilizan, deberán ir en minúsculas, comenzando en el margen izquierdo y subrayados.
 - d) agradecimientos.
 - e) bibliografía.Cada uno de estos apartados debe iniciarse en hoja nueva sin perderse el orden correlativo de numeración de los mismos en su conjunto.
- 6.- En la primera hoja de trabajo se indicarán los siguientes datos y en este orden: título del artículo, apellidos de los autores e inicial del nombre y dirección para correspondencia.
Si se desea puede hacerse mención de los cargos de los autores mediante llamada o pie de página.
Los manuscritos deben presentarse mecanografiados a doble espacio, en papel blanco de tamaño folio o Din-A4 y escritos por una sola cara, con un margen lateral de al menos 2,5 cms. Todas las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.
- 7.- Conviene dividir claramente los trabajos en apartados siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:
Originales: Introducción. Material y Métodos.
Resultados. Discusión. Bibliografía.
Notas clínicas: Introducción. Observación clínica. Discusión. Bibliografía.
En el resto de las Secciones es también deseable la exposición en apartados, que faciliten la lectura y comprensión del tema, según los epígrafes habituales en los temas biomédicos.
- 8.- Bibliografía.
Las referencias bibliográficas deberán consignarse en el texto, en numeración arábiga consecutiva, entre paréntesis, vaya o no acompañada del nom-

bre de los autores. Cuando se menciones a éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos se mencionará a ambos, y si son más de dos se citará al primero seguido de la abreviatura et. al.

La referencia entera se presentará al final del trabajo, con las mismas normas de mecanografía antes expuestas. Se dispondrá según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

Las citas bibliográficas de los artículos de revistas estándar se expondrán del modo siguiente:

- a) número de orden en el texto.
- b) apellidos e inicial del nombre de todos los autores hasta un máximo de seis: caso de ser superior el número de autores, se citarán un máximo de tres y se añadirá la abreviatura et. al.
- c) título del trabajo en la lengua original.
- d) título abreviado de la revista acorde con el empleado en el Index Medicus.

e) año de publicación, número de volúmen y primera y última página del artículo reseñado. A título de ejemplo citamos el siguiente:

CONNORS, W.E., HODGES, R.E., y BREILER, R.E.: The serum lipids in men receiving high cholesterol and cholesterol free diets. J. Clin. Invest. 1.961: 40: 894-897.

Si se trata de citar un libro se hará con el siguiente orden: apellidos e iniciales de los nombres de los autores, títulos, página de la cita, editorial y ciudad y año de edición. A título de ejemplo:

WILLIAMS, R.H.: Text-book of Endocrinology, pág. 526 W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1.974.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no deben emplearse como tales: "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden ser referidas como tales dentro del texto.

Los originales ya aceptados pero aún no publicados se incluirán en las citas bibliográficas como "en prensa", especificándose el nombre de la revista previamente.

- 9.- Las fotografías irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras. Las fotografías se aceptarán en blanco y negro, o color en papel satinado y preferentemente en tamaño 9x12 centímetros, así como diapositivas. Debe buscarse un máximo contraste para lograr una buena reproducción. Al dorso de cada fotografía se anotará en una etiqueta adhesiva o suavemente con lápiz el número de figura, apellido del autor y título abreviado del trabajo. No se aceptarán xerocopias, diapositivas ni negativos de radiografías. Los gráficos se dibujarán con tinta china u otras técnicas de impresión fuerte y clara. se remitirán, al igual que las fotografías, en sobre aparte. Tanto para las fotografías como para los gráficos se acompañará en hojas aparte el texto que deberá figurar en los pies de cada figura identificándolo convenientemente mediante el número de figura correspondiente.
- 10.-La Comisión Científica 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 juzgue necesario que deban introducirse para poder ser publicados. Este Comité se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados. El autor firmante en primer lugar recibirá 15 separatas de su trabajo libres de todo gasto.

- 11.- El envío del texto y correspondencia referente a publicaciones, deberán dirigirse a:

Secretaría Técnica de la Sociedad Española de Odontopediatría. Srta. Beña Cortazar. Iparraguirre, 34-3º. Tf. (94) 4446813 Fax: 4441266. 48011 Bilbao

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

fluor·kin infantil

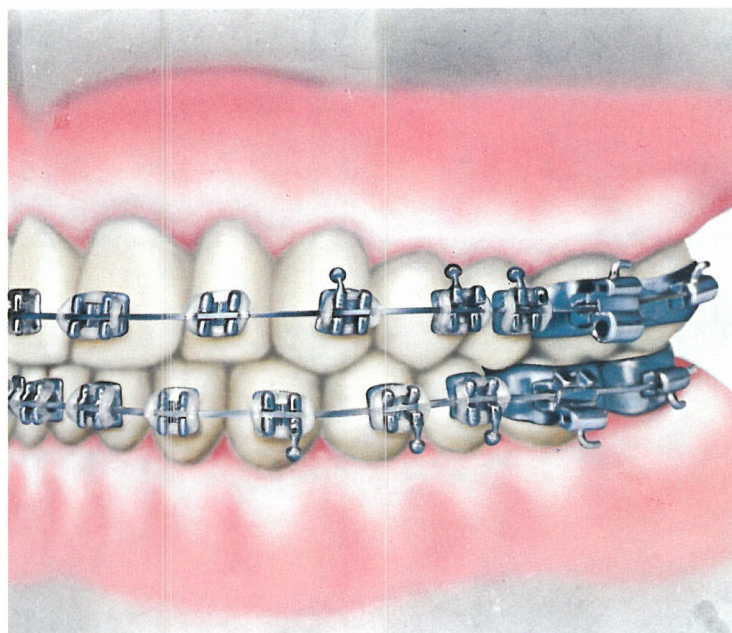


El dentífrico que gusta a los niños

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 Estandar (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) 325 70 40 - (96) 325 70 07
Telefax (34-6) 326 76 03