

Odontología Pediátrica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA





Odontología Pediátrica

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

VOLUMEN 6 • NÚMERO 1 • ENERO-ABRIL 1998

EDITORIA: Dra. Montserrat Catalá Pizarro
EDITOR ADJUNTO: Dr. Julián Aguirrezábal

COMITÉ DE ASESORES

Junta Directiva de la S.E.O.P

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

Directores de Sección:

Dra. Elena Barbería Leache
Dr. Angel Bellet Cubells
Dr. Juan Ramón Boj Quesada
Dr. Carlos García Ballesta
Dra. Cinta Manrique Mora
Dra. Asunción Mendoza Mendoza

Administración y Dirección Dra. Montserrat Catalá Pizarro.
Gran Vía Marqués del Turia, 70 - 4^a. 46005 VALENCIA
Tel.: 96-395 54 31. Fax: 96-395 49 52

Secretaría de Edición Dra. Paloma Planells del Pozo.
Duque de Sexto, 38 -Esc. dcha., 6^oB. 28009 MADRID

Edición y Publicidad



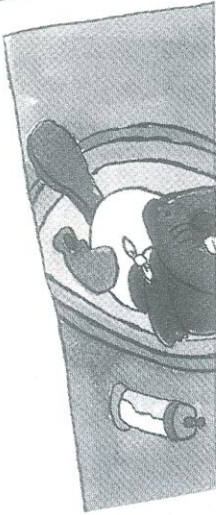
**EDICIONES
ERGON, SA**

Arboleda, 1 - 28220 MAJADAHONDA (Madrid). Tel. (91) 636 29 30 - Fax (91) 636 29 31.
Berruguete, 50 - 08035 BARCELONA. Tel. (93) 428 55 00 - Fax (93) 428 56 60
ergon@ergon.es

Cuando ellos sonríen usted también sonríe

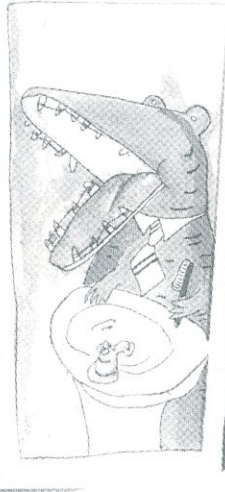
Cuidados Dentales para el Bebé

LA SONRISA DEL NIÑO



Ortodoncia Interceptiva

PONERLOS DERECHOS



Los Selladores previenen la Caries Dental

AHORA LOS SELLADORES



La Sociedad Española de Odontopediatría entiende que solamente cuando nuestros pacientes comprenden nuestros procedimientos clínicos, los demandan. Por este motivo, la SEOP ha puesto a la venta folletos con información de los procedimientos preventivos y de las técnicas de tratamiento más frecuentes en nuestras clínicas. Así 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, escribe solicitando el tema y el número que desearías adquirir a:

Julián Aguirrezábal
C/ Iparraguirre, 34 - 3ª
48011 BILBAO
Tel. 94 - 444 68 13
Fax 94 - 444 12 66

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

Apellidos

Dirección Teléfono

Población C.P. Provincia

ORTODONCIA

Nº

SELLADORES

Nº

CUIDADO DENTAL INFANTIL

Nº

CARIES DEL BIBERÓN

Nº

Sumario

- 1 Editorial**
- 2 Carta del Presidente**
- Artículos Originales**
- 3** Reconocimiento de lesiones bucodentofaciales derivadas de maltrato y negligencia infantil
López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.
- 7** Anestesia dental electrónica en pacientes preescolares
Domínguez Reyes, A.; Aznar Martín, T.; Galán González, A.
- 13** La Odontología en Israel: Pronóstico laboral.
Ran, F.
- Caso Clínico**
- 17** Manifestaciones clínicas del liquen plano en el paciente odontopediátrico
Saavedra Marbán, G.; Planells del Pozo, P.; Echaniz Valiente, R.; Ortega Martínez de Victoria, P.
- Artículo Seleccionado**
- 23** Odontomas: Un estudio retrospectivo de 104 casos
Owens, B.M.; Schuman, N.J.; Mincer, H.H.; Turner, J.E.; Oliver, F.M.
- 27 Resúmenes Bibliográficos**
- Conferencia**
- 33** La estomatología infantil en España.
García Ballesta, C.
- 35 Noticias de la SEOP**
- 36 Agenda**
- 38 Normas para la publicación de trabajos**

Summary

1 Editorial

2 Letter from the President

Original Articles

- 3** Recognition of buccodentofacial lesions derived from child neglect and abuse
López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.

- 7** Electronic dental anesthesia in pre-school patients
Domínguez Reyes, A.; Aznar Martín, T.; Galán González, A.

- 13** Dental profession in Israel: Manpower analysis
Ran, F.

Clinical Case

- 17** Clinical manifestations of the lichen planus in odontopediatric patients
Saavedra Marbán, G.; Planells del Pozo, P.; Echaniz Valiente, R.; Ortega Martínez de Victoria, P.

Select Article

- 23** Odontomas: A retrospective study of 104 cases
Owens, B.M.; Schuman, N.J.; Mincer, H.H.; Turner, J.E.; Oliver, F.M.

27 Biographic summaries

Conference

- 33** Pediatric dentistry in Spain.
García Ballesta, C.

35 SEOP News

36 Agenda

38 Rules for the publication of works

Editorial

Después de diez números publicados, en los que creo haber aportado desde la dirección de los mismos todo cuanto he podido, ha llegado el momento de inyectar un nuevo ímpetu a la Revista y para ello se impone un cambio en la dirección de la misma.

Como escribía Julián Aguirrezábal en su primera editorial en 1991, con la publicación de nuestra revista, la Sociedad Española de Odontopediatría inició una nueva etapa esperanzadora y de gran trascendencia y a pesar de que la profesión en general se ha resentido en los últimos años por los muchos “enemigos” que la acosan, la Odontopediatría sigue con fuerza afianzándose como una de las especialidades del futuro.

Quiero sinceramente agradecer la colaboración de todos, desde los directores de sección, al comité de asesores, a todos aquéllos que con vuestros trabajos habéis hecho posible la publicación de estos números y también a las casas comerciales que nos han brindado su apoyo a lo largo de estos años.

Algunas secciones como la de cartas al director, no han llegado a cuajar aunque estoy segura de que más de uno, en algún momento, ha tenido en mente escribir sobre aquello que le inquieta, preocupa o incluso en ocasiones fastidia de nuestra profesión, pero también sé por experiencia propia que cada vez más, vivimos inmersos en una vorágine en la que el tiempo se esfuma casi sin percibirlo, y las intenciones sucumben a medida que transcurre.

Estoy segura de que la próxima Editora, la Dra. Paloma Planells, con la frescura y la fuerza de quien acaba de recoger el testigo en una carrera de relevos, sabrá impulsarle a nuestra Revista ese dinamismo que tanto necesita.

Afortunadamente, muchos nos veremos pronto en Ibiza, donde el Dr. Brusola tiene ya preparada la que promete ser una magnífica Reunión Anual, así que no quiero despedirme, sino una vez más deciros hasta pronto, desde estas páginas en las que he aprendido mucho en los últimos años.

Montse Catalá

Carta del Presidente

Queridos socios y amigos:

Aunque sé que nunca será lo suficiente, quiero, con estas letras, agradecer, felicitar y nostálgicamente despedir a la Profesora Montserrat Catalá Pizarro por el tiempo, trabajo, sacrificio y constancia con que ha dirigido durante estos años, en calidad de Editora, nuestra querida Revista.

Desde cualquier puesto, tanto coordinador como directivo, es imposible contentar a todo el mundo. Montse lo ha intentando siempre y por lo que a la mayoría nos consta, con éxito total. Ella ha "madurado" la Revista Española de Odontopediatría, actualizando constantemente su estructura, seleccionando artículos y persiguiendo a unos y a otros para darle, en cada edición, el mejor contenido científico.

Pero no sólo de salud científica vive nuestra publicación sino de las aportaciones económicas de empresas y anunciantes, batallas ambas, la científica y la económica, a las que se ha enfrentado simultánea y constantemente con eficacia.

Quiero dar también la bienvenida a la Profesora Paloma Planells del Pozo, quien se ha brindado a continuar con la importante y ardua labor y a quien deseo, en este tercer período editorial, por lo menos los mismos éxitos, que no son pocos, que a la Profesora Catalá.

En esta nueva etapa en la que entraremos después de la Reunión de Ibiza y con una infraestructura organizativa consolidada, continuaremos fomentando con más insistencia y medios la difusión de la Odontopediatría y probablemente estemos ya en Internet, con un proyecto extraordinario que propondremos en la próxima Asamblea General, inquietudes ambas que compartimos con la Academia Europea de Odontopediatría.

Espero que nos encontremos o nos hayamos encontrado en Ibiza, ya sea aportando nuevas ideas o para expresar vuestra siempre útil crítica constructiva. En todo caso, recibiréis prontamente los acuerdos y conclusiones. Hasta entonces recibid un fuerte abrazo.

Xavier Costa Codina
Presidente SEOP

Reconocimiento de lesiones bucodentofaciales derivadas de maltrato y negligencia infantil

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.

Resumen

El objeto es conocer si determinadas lesiones bucodentofaciales son consecuencia de maltrato y negligencia infantil. Se han revisado las aportaciones relacionadas y que competen a la Odontología. El 80% de las lesiones se localiza en la cabeza y un 50% afecta a las zonas orofaciales, siendo los dentistas profesionales idóneos para realizar el diagnóstico y determinar la causa de las mismas. En los casos de demora puede ayudar el conocer la evolución que siguen lesiones frecuentes como los hematomas. Respecto a la negligencia dental infantil y según algunos autores, se debe sospechar en aquellos casos de enfermedad bucal e higiene pobre.

Palabras Clave: Odontología; maltrato infantil; negligencia infantil.

Recognition of buccodentofacial lesions derived from child neglect and abuse

Summary

The aim of the present study is to determine if certain oral lesions are produced as a consequence of child abuse or child neglect (negligence on children). Relevant literature on the subject has been revised. An amount of 80% of the lesions were located in the head and 50% affected the buccodental arch. It should be task of dentists to perform the diagnose and to determine the origin of the lesions. In cases where the patients lesions have been produced some days before the examination, the assessment of bruises may be of great help. The presence of oral disease and poor oral hygiene according to some authors, may become factors which determine the presence of oral (child neglect).

Key Words: Dentistry; child abuse; child neglect.

INTRODUCCIÓN

Históricamente la Odontología Forense ha tenido una aplicación en esta área de la Medicina, ayudando en la identificación de restos humanos. Actualmente su campo de acción es más amplio, interviniendo en el reconocimiento de signos bucales y faciales de maltrato y abandono de niños, ancianos y conyugal⁽¹⁾. En relación a la definición del término "maltrato infantil", varios autores se han esforzado en realizar la que más se amolda a la situación de estos niños⁽²⁻⁵⁾. Esdic⁽³⁾ lo define como "Todo aquel menor de diecisiete años privado de

atención paterna o de tutela adecuada, que habitualmente mendiga o solicita limosna o que habita en un ambiente de tal índole, que justifica que el Estado se encargue de su protección y custodia". Pinkham considera al niño que vive en situación de pobreza como una forma de maltrato infantil⁽³⁾. La "negligencia infantil" en la literatura frecuentemente se define aparte, "Cualquier consecuencia adversa en el niño que surge de una acción inadecuada o descuidada de los padres, normalmente de forma involuntaria y accidental"⁽⁶⁻⁹⁾. Para que haya maltrato o negligencia hacen falta tres

elementos: un adulto cuyo potencial para el maltrato se haya demostrado, un niño susceptible, y el entorno o la situación adecuada para que pueda llevarse a cabo la situación⁽¹⁰⁾. Este trabajo se justifica porque aunque hay una amplia literatura relacionada con el maltrato infantil, la mayor parte de las aportaciones se han realizado en el área de la Pediatría y consideramos que el odontólogo y especialmente el odontopediatra tiene una importante misión en el reconocimiento de lesiones bucodentofaciales, que en un principio podrían atribuirse a causas accidentales, y que realmente no son así, sino un encubrimiento del uso intencionado de fuerzas físicas dirigidas a lesionar al niño y ejercidas por individuos responsables del cuidado físico y moral del mismo. Por otra parte, el odontólogo debe reconocer aquellos casos de negligencia por parte de padres o tutores en la atención dental del niño.

El objetivo de este estudio es conocer si determinadas lesiones bucodentofaciales son consecuencia de acciones de maltrato y negligencia infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se han revisado y comparado las aportaciones de diversos autores relacionadas con el maltrato y negligencia infantil, especialmente las que competen al área de la Odontología y la responsabilidad del odontólogo ante la situación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A pesar de que el maltrato infantil ha sido motivo de diversos y amplios estudios, en la actualidad se desconoce el balance real del problema, pues muchos de los casos son encubiertos y no denunciados. Así, algunos estudios realizados en países como Norteamérica apuntan que el dos por ciento de niños de este país han sufrido negligencia y el 0,5 por ciento malos tratos⁽⁸⁾. Debido a que las zonas más frecuentemente afectadas se hallan en la cabeza, en el 80 por ciento de los casos y del total el 50 por ciento afectan a las estructuras orofaciales, el odontólogo se encuentra en condiciones únicas para identificar y estudiar con profundidad el maltrato y/o negligencia^(7,11,12). El hecho de atacar tan frecuentemente la cabeza y la cara se debe a que ambas partes representan el "yo" del niño. Se afecta la boca y la cara, sobre todo en casos de niño llorón o muy hablador, ya que la boca afecta a la comunicación y alimentación^(6,13).

Las lesiones bucofaciales más importantes y frecuentes que se describen por la mayoría de los autores en la literatura son:



Figura 1.

- En los labios: laceración en su parte interior, hinchazón, quemaduras y condiloma acuminado —verruugas venéreas debido a abuso sexual—.

- En la boca: rotura del frenillo, abrasiones en las comisuras, quemaduras o laceraciones de la lengua, paladar, suelo de la boca y gingivales y equimosis o petequias en el paladar como resultado de abuso sexual.

- En los dientes: fracturas, luxaciones y raíces residuales con un historial poco claro^(8,14-19).

Ante estas lesiones son los dentistas los profesionales idóneos para realizar el diagnóstico y determinar la causa de las mismas. El odontólogo debe sospechar que la etiología deriva de maltrato, por tanto debe realizar una investigación profunda del problema, cuando se den además algunas de las siguientes circunstancias: discrepancia entre la información de los padres o tutores y el tipo de lesión, demora por parte de éstos en buscar atención médica, la propia apariencia del niño y su comportamiento con los demás, la ansiedad o la falta de ella cuando se le separa de los padres, baja autoestima y desarrollo mental inapropiado^(14,20-22). Existen, además, otros signos que pueden ayudar en la búsqueda de la causa, como la

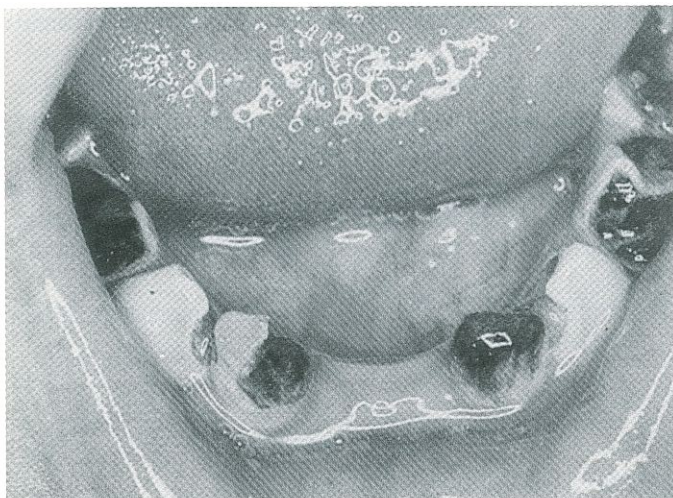


Figura 2.

falta de higiene dental, quemaduras de cigarrillos en otras partes del cuerpo, marcas de mordeduras humanas y de estrangulamiento, abrasiones, erupciones cutáneas poco comunes y visitas reiteradas a urgencias médicas. En muchas ocasiones la demora en la atención médica es debida a que se espera que los signos y síntomas regresen y así sean detectados lo menos posible por el facultativo; en estos casos puede ayudar el conocer la evolución que siguen lesiones frecuentes como los hematomas (Fig. 1), éstos adquieren diversas coloraciones a través del tiempo: inflamado y blanco —cero a dos días—, verde —cinco a siete días—, amarillo —siete a diez días— y marrón claro —dos a cuatro semanas—^(9,23).

Por otra parte, la negligencia dental infantil es un concepto nuevo y el esfuerzo de muchos ha llevado a que empiece a ser considerada en la legislación de maltrato infantil. Así, The American Academy of Pediatric Dentistry propone la definición: "La negligencia dental es el descuido de los padres o cuidadores de buscar tratamiento a una caries no tratada, infección bucal y dolor, o el descuido de no completar el tratamiento una vez que se ha informado de la existencia de alguna de las circunstancias anteriormente mencionadas. Está estrechamente relacionada con la negligencia en la atención médica"^(24,25). El odontólogo debe tener en consideración este nuevo concepto y según algunos autores debe sospechar negligencia dental infantil en aquellos casos de enfermedad bucal e higiene pobre (Fig. 2). También puede ser negligente la caries de biberón, aunque los padres pueden decir que no conciben esta causa, pero si se demoran o no buscan con-

sejo profesional pueden caer en responsabilidad^(6,26). Lisauer indica que el profesional dispone de un factor, que puede ser el único y más importante para reconocer el maltrato y la negligencia infantil, y es el hecho de tener conciencia de ello⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

Existen determinadas lesiones que se acompañan habitualmente de circunstancias que inducen a sospechar acciones de maltrato infantil; reconocerlas y realizar una investigación profunda es obligación del odontólogo, cuando en su ejercicio profesional se encuentre ante ellas y así contribuir a mejorar la situación de la infancia maltratada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROBERT E, BARSLEY JD. Forensic and legal issues in oral diagnosis. *Dent Clin North Am* 1993; 37: 133-156.
2. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962.
3. PINKHAM JR, CASAMASSIMO PS, LEVY SM. Dentistry and the children of poverty. *J Dent Child* 1988; 55: 17-24.
4. FLÓREZ LOZANO JA. El crecimiento del niño con privación afectiva emocional. *Menores* 1986; 11: 52-78.
5. GREEN FC. Child abuse and neglect pediatric. *Dent Clin North Am* 1975; 22: 329.
6. VADIKAS G, ROBERTS MW, DILLEY D. Child Abuse and Neglect: Ethical and Legal Issues for Dentistry. *J Massachusetts Dent Soc* 1991; 40: 13-15.
7. BECKER DB et al. Child abuse and dentistry; Orofacial trauma and its recognition by dentists. *JADA* 1978; 97: 24-28.
8. DAVIS GR. The dentist's role in child abuse and neglect: Issues, identification and management. *ASCDJ. Dent Child* 1979; 46: 185-192.
9. COYNE J. Detection of child abuse. *Dentistry* 1991 February; 5-9.
10. KNUDSON KG, RICHARDSON DS. Child abuse: how uow can help when your patients are victims. *Dent Stude* 1982; 61: 32-37.
11. KEMMEY J. Documenting and reporting suspected abuse. In: Averill Dc (ed): *Manual of Forensic Odontology*, ed 2. Burlington, VT, American Society of Forensic Odontology; 1991: 190-191.
12. KENNEY J. Child abuse neglect. In: Averill Dc (ed). *Manual of Forensic Odontology*, ed 2. Burlington, VT, American Society of Forensic Odontology; 1991: 176-90.
13. LISSAUER T. *Pediatric emergencies*. New York: Applinton-Crofts; 1982: 247.
14. STIMSON PG. Battered child syndrome. *Tex Dent J* 1984; 101: 651-652.
15. SCHMIDT BD. Physical abuse: Specifics of clinical diagnosis. *Pediatric Dent* 1986; 8: 83-87.
16. SCHWARTZ S, WOOLRIDGE E, STEGE D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *JADA* 1977; 95: 586-591.
17. MACINTYRE DR, JONES GM, PINCKNEY RC. The role of the den-

- tal practitioner in the management of non-accidental injury to children. *Br Dent J* 1986; 161: 108-110.
18. JOHNSON K. For our children. *GMDA Bull* 1988; 55: 180-81.
 19. SANGER RG, BROSS DC. Clinical management of child abuse and neglect: a guide for the dental profession. Chicago: Quintessence Publishing Co.; 1984: 47.
 20. NEEDLEMAN HL. Orofacial trauma in child abuse: type, prevalence management and dental profession's involvement. *Pediatric Dent* 1986; 8: 71-78.
 21. DONLY KJ. Child Abuse and neglect: a dental perspective. *IOWA Dent J* 1986; 72: 33-36.
 22. STEPHEN A. Detecting and reporting child maltreatment dentists obligations. *General Dentistry* 1994; May-June pp: 218-21.
 23. MCLLWAIN JE. Child abuse. *Flor Dent J* 1985; 56(3): 54-57.
 24. American Academy of Pediatric Dentistry. Newsletter Dec, 1987, pp: 6.
 25. American Academy of Pediatric Dentistry ad hoc Committee on Child Abuse and Neglect. Recommendations approved by the Academy Board of Directors. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 1984.
 26. HAMILTON J. Child abuse: the dentist's responsibility. *CDS Rew* 1990; 83: 18-23.

López Trujillo, J.M.: Profesor Asociado de Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas, Facultad de Odontología, Universidad de Granada. *Vallejo Bolaños, E.:* Profesora Asociada de Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas, Facultad de Odontología, Universidad de Granada. *Palma Gómez de la Casa, M.:* Licenciada en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

Correspondencia: Encarnación Vallejo Bolaños. C/ Paseo del Violón. Edificio Príncipe, portal 3, bajo A. 18006 Granada.

Anestesia dental electrónica en pacientes preescolares

Domínguez Reyes, A.; Aznar Martín, T.; Galán González, A.

Resumen

Se estudia la efectividad de la anestesia dental electrónica en pacientes preescolares no cooperadores, comprobándose que puede ser una alternativa frente a la actitud de rechazo, los temores y traumas que la anestesia inyectable parece causar en estos niños.

Palabras Clave: Anestesia dental electrónica; pacientes preescolares; manejo del niño.

Electronic dental anesthesia in pre-school patients

Summary

The effectiveness of the electronic dental anesthesia is studied in non cooperative pre-school patients, being proven that it can be an alternative to the attitude of rejection, the fears and traumas that injectable anesthesia seems to cause in these children.

Key Words: Electronic dental anesthesia; pre-school patients; children management.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, basado en las técnicas de neuro estimulación transcutánea del nervio, se ha venido estudiando, sobre todo en odontopediatría, un sistema de anestesia dental electrónica (ADE) que, utilizando en su aplicación electrodos faciales extraorales, suprime la inyección de la anestesia local convencional⁽¹⁻³⁾.

Sin que en principio creamos que pueda sustituir de una manera definitiva a la inyectable, lo cierto es que, en los niños, aparte de la ansiedad que transmiten amigos y padres cuando narran fobias y/o malas experiencias personales⁽⁴⁾, en el origen del rechazo al "dentista" y sus tratamientos, siempre solemos encontrar el miedo a la aguja y el miedo a las sensaciones que dicha anestesia dental les produce.

El que esto sea así, ha hecho que el odontopediatra, por un lado, sienta interés ante un procedimiento que, suprimiendo angustias y temores, podría facili-

tar la educación sanitaria en el campo de la odontología, y por otro, el que lo haya visto como una alternativa válida frente a padres con temor a infecciones (hepatitis B, VIH), con temor ante las afecciones sistémicas de sus hijos, niños no cooperadores, niños minusválidos psíquicos o físicos etc. en los que, de otra forma, hubiera tenido que emplearse la anestesia general o la psico-sedación con óxido nitroso.

Con este criterio y aunque nosotros ya teníamos alguna experiencia en niños mayores⁽⁵⁾, en el presente trabajo hemos querido comprobar si utilizando dicha anestesia dental electrónica (ADE), podíamos obtener, además de realizar los correspondientes tratamientos, un cambio de actitud en niños preescolares que habían sido catalogados como de "atención muy difícil" por una total falta de cooperación. Falta de cooperación que tenía su origen en un gran temor a la aguja de la anestesia inyectable o en malas experiencias anteriores.



Figura 1. Motivación en niño de 15 meses de edad. ADE.

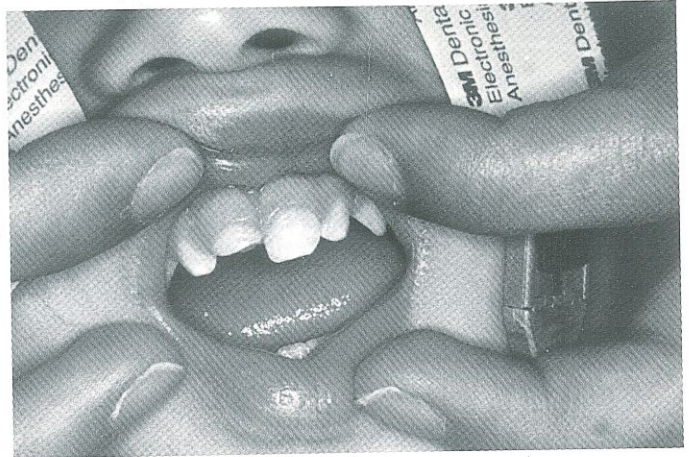


Figura 2. Traumatismo con compromiso pulpar en 51.

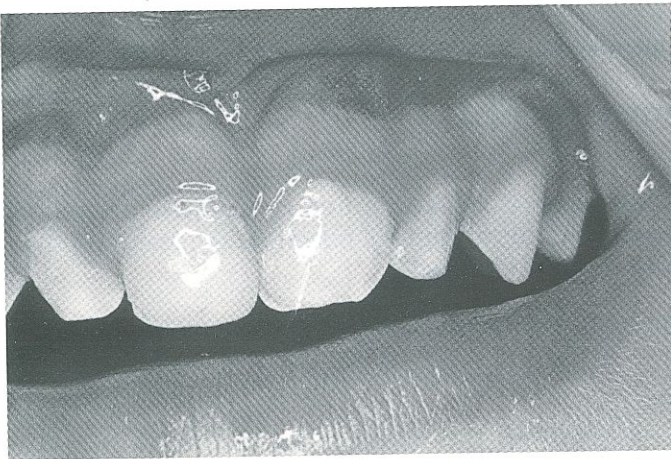


Figura 3. Postintervención con pulpectomía y reconstrucción.

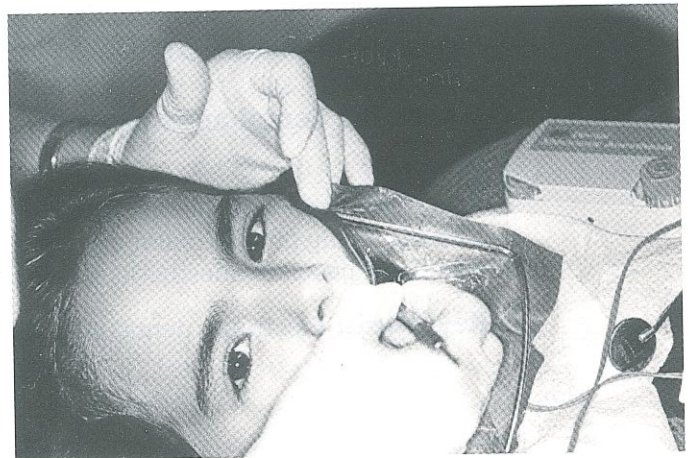


Figura 4. Paciente de 4 años de edad. Intervención con ADE.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello seleccionamos 8 niños (5 niñas y 3 niños) que, con una media de 2,6 años, estaban comprendidos entre los 15 meses y los cuatro años de edad. Todos eran pacientes remitidos desde otras consultas donde el tratamiento, o no se pudo hacer, o tuvo que ser interrumpido por la ya dicha falta total de cooperación.

A todos se realizó anamnesis, exploración clínico-radiológica y plan de tratamiento; y aunque el número de pacientes seleccionados, en principio, fue mayor, nosotros decidimos excluir del presente estudio, a los que presentaban discapacidades psíquicas o físicas, a los que tenían más de cuatro años de edad y a los que no se había intentado intervenir sin conseguirlo.

Desde el punto de vista de las afecciones, cuatro niños mostraban traumatismos dentales; tres, polica-

ries de biberón y uno, caries en distintos molares. El número total de intervenciones, realizadas todas por el mismo operador, fue de 27; y el tipo de tratamiento, 6 pulpectomías con sus correspondientes reconstrucciones y/o coronas y 21 obturaciones, de ellas, 7 muy cercanas a pulpa. Las pulpectomías fueron realizadas en una sola sesión, utilizando como material de obturación de canales, una pasta idofórmica de la que teníamos amplia experiencia en dientes temporales con pulpa necrótica⁽⁶⁾.

Salvo en un caso, niño de 15 meses (Figs. 1, 2 y 3), todos mostraron, en particular, una actitud de rechazo frente a la anestesia local inyectable, y en general, a ser tratados odontológicamente.

Tras explicarles según la técnica decir-mostrar-hacer, que la nueva anestesia era como unas "pegatinas que



Figura 5. Caries rampante sin compromiso pulpar niña fig. 4.



Figura 6. Postintervención caso anterior.

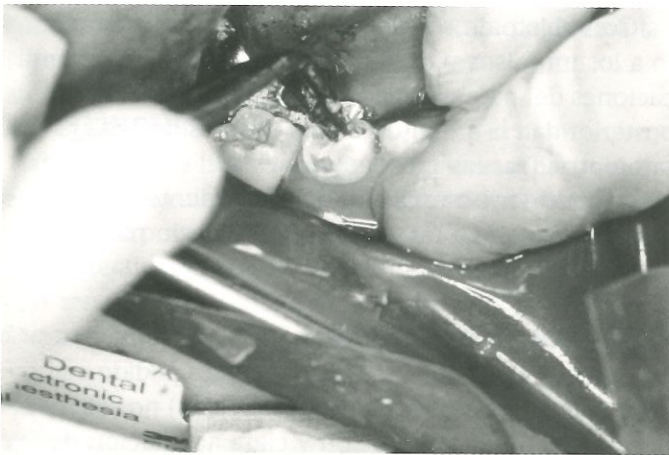


Figura 7. Niño de 3 años. Pulpectomía en 84 con ADE.



Figura 8. Niña de 27 meses. Pulpectomía en el 51. ADE.

daban cosquillitas en la cara”; “que no se ponía con aguja” y que resultaba “muy divertida”, le enseñábamos algunas fotografías de niños en los que se veía trabajar con el sistema de ADE; permitíamos que tocara los electrodos faciales y dejábamos que se expresaran libremente contestándoles siempre con naturalidad, con lo que, poco a poco, íbamos obteniendo un cambio de actitud que mejoraba, paulatinamente, hasta el grado de colaboración “expectante” (Figs. 4 a 8). No obstante, en cuatro de los ocho niños tratados, indicamos premedicación con diclorhidrato de hidroxizina (atarax) en dosis de 1 mg/kg de peso/día, repartidas en dos tomas: la primera, 1 h 30’ antes de iniciarse el tratamiento, y la segunda, 30’ antes del mismo.

Antes, durante y después de las intervenciones, el equipo dental, valoró, objetivamente, el estado de ansiedad o temor del niño, su grado de cooperación, su acti-

tud, su comportamiento y sus manifestaciones o no de discomfort. Dicha valoración no solo se estableció por la propia observación objetiva del profesional y su equipo, sino, como acabamos de decir, por las propias manifestaciones o gestos del niño a quien, tras el tratamiento, se le preguntaba además su parecer.

El aparato de anestesia dental electrónica (ADE) empleado, fue el modelo 8670 de la casa 3M del que seguimos en todo momento las indicaciones y tuvimos en cuenta las contraindicaciones de uso. Aunque los parches faciales suelen colocarse uni o bilateralmente según queramos anestésiar una hemiarcada o la arcada completa, nosotros, en el presente estudio, los situamos bilateralmente en todos los casos, porque, dado que los electrodos deben colocarse con una separación mínima de 1 cm, el reducido espacio facial de los niños así lo exigía.



Figura 9. Modelo del aparato de anestesia dental electrónica.

Este sistema (Fig. 9) se halla constituido por una pequeña unidad central de control, muy manejable, en la que, además de una pila de 9 voltios estándar que genera los impulsos eléctricos, podemos encontrar:

- Un pequeño dispositivo (conmutador de modo o deslizante) del que se aconseja poner en posición (C) o posición convencional de la modulación de impulsos, para que este sea transmitido de forma continua, aunque también podría hacerlo de manera intermitente suave (posición M) o a ráfagas (posición B).

- Dos pequeños botones centrales (R) y (W) que representando el radio y la amplitud de la onda, deben situarse en 140 impulsos repetidos por segundo el primero y en 250 microsegundos el segundo.

- Un gran botón de encendido y control de la intensidad de la corriente (desde apagado a 60 mA) que puede ser controlado por el propio paciente, y otro, algo más pequeño, que, situado en su lado izquierdo y ejerciendo la misma función, se utiliza en los casos en los que por tratarse de una disfunción de la ATM o de anestésicos en toda la cara, se emplean cuatro electrodos y dos cables.

A ambos lados de la unidad central, se encuentran los puntos de inserción de los cables que estando en relación con los dos grandes botones antes mencionados, se insertarán en los parches ubicados en la cara del paciente en el momento de la anestesia. En la posición frontal del aparato existe un indicador luminoso que nos avisa del encendido y puesta en funcionamiento del mismo.

En los tratamientos, tras informar y solicitar el permiso paterno, limpiábamos con alcohol la zona facial elegida para evitar interferencias con grasa, sudor o impurezas de la misma; hacíamos que el niño abriera

la boca en la posición que más o menos calculábamos iba a tener durante el proceder terapéutico y colocábamos los parches con su prolongación para el cable, en posición posterior.

Una vez colocados y conectados dichos parches al aparato, procedíamos al encendido del mismo desplazando suavemente el botón de la derecha en el sentido de las agujas de reloj, hasta que el niño nos indicaba que sentía un ligero cosquilleo o nosotros objetivábamos unas pequeñas contracciones de los músculos adyacentes (fasciculaciones), lo que solía ocurrir sobre la banda de intensidad 5 y a los 2-4 minutos de iniciado el procedimiento electrónico de anestesia. En este momento considerábamos que podíamos comenzar el tratamiento elegido, porque la zona estaría anestesiada.

Con objeto de corregir el posible acostumbamiento a los impulsos y haciendo siempre caso de las indicaciones del pequeño paciente, incrementábamos con posterioridad la amplitud de los mismos durante el tratamiento. Tras las intervenciones y al retirar los parches, pudimos observar un enrojecimiento de la zona que desaparecía a los 15-20 segundos sin más consecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizados los trabajos hemos podido constatar que todo los niños (100% de los casos) no sólo mostraron una total cooperación y clara aceptación de los tratamientos, sino que además cambiaron la actitud de rechazo por una actitud positiva frente al dentista y los procedimientos dentales. Incluso en un caso en el que, por precaución quisimos reforzarle la ADE mediante anestesia inyectable, este se negó rotundamente. Ni que decir tiene que en ningún caso observamos los efectos secundarios que como las mordidas en mejillas, suelen detectarse en este tipo de pacientes durante el periodo de resolución total de la anestesia después del tratamiento.

Nosotros hemos querido realizar este trabajo en niños preescolares, por un lado, porque se nos habían remitido pacientes a los que no se les había podido tratar con anestesia inyectable; y por otro, porque podría servirnos como parámetro de efectividad en un tipo de paciente cuyas especiales connotaciones (experiencias traumáticas anteriores, situaciones de rechazo, temores, etc.) podían permitirnos establecer unas pautas dentro del campo de la odontopediatría en lo referente a la anestesia. Somos conscientes de que este

trabajo, necesitado de mayor amplitud, no puede descartar el posible efecto placebo que la técnica, la explicación adaptada del profesional y la propia personalidad del mismo, pueda ejercer sobre la efectividad expresada^(7,8), pero sea como fuere, lo que no cabe duda, es que hemos logrado trabajar en estos pacientes, no sólo con completa libertad, sino, y es lo más importante, sin provocar efectos traumáticos postratamiento en nuestros pequeños pacientes, lo que sin duda redundará en una mejor aceptación de los tratamientos dentales y del profesional de la odontología.

Aunque en principio como dice Croll⁽²⁾ la ADE parece abandonarse en la actualidad, en realidad lo que posiblemente esté ocurriendo, es que el empleo de la misma ha caído en el campo de la decisión personal, las indicaciones precisas^(7,9) y la experiencia del dentista, lo que en sí mismo siempre resulta positivo a la hora de aplicar cualquier técnica.

CONCLUSIONES

Por todo ello nosotros pensamos que, a parte indicaciones como alergias, toxicidades u otras afecciones, etc., donde podría ser empleada, la ADE es una alternativa efectiva que en el campo de la odontopediatría, debe tenerse en cuenta a la hora de valorar pacientes infantiles que, llegando a la consulta con ansiedades,

temores o fobias, propias o adquiridas, rechazan de una forma casi absoluta los tratamientos dentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. CROLL TP. Anestesia Electrónica para restauración de un molar primario en una niña de 27 meses: presentación de un caso. Quintessence (ed. esp.) 1996; 9: 577-580.
2. CROLL TP, SIMONSEN RJ. Dental Electronic Anesthesia for Children: Technique and report of 45 cases. J Dent Child 1994; 61: 97-104.
3. JEDRYSCHOWSKI JR, DUPERON DF. Effectiveness and acceptance of Electronic dental anesthesia by pediatric patients. J Dent Child 1993; 60: 186-192.
4. NATHAN JE. Modelamiento de la Conducta de niños precolaboradores. Clin Odontolog Norteam 1995; 4: 793-821.
5. DOMÍNGUEZ REYES A. Anestesia Dental Electrónica en 66 pacientes infantiles (Comunicación personal). XVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría. Ciudad Real: SEOP; 1996.
6. DOMÍNGUEZ REYES A, SOLANO REINA E. Root Canal Treatment in Necrotic Primary Molars. J Clin Pediatr Dent 1989; 14: 36-39.
7. YAP AVJ, ONG G. An Introduction to dental electronic anesthesia. Quintessence Int 1996; 27: 325-331.
8. HARVEY M, ELLIOT M. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management during cavity preparations in pediatric patients. J Dent Child 1995; 62: 49-51.
9. SCHANZER RB, BLACK R. Efficacy of electronic dental anesthesia during routine dental operative procedures. Gen Dent 1994; 42: 172-177.

Domínguez Reyes, A.: Profesora Titular de Odontología Infantil y Ortodoncia Integrada. *Aznar Martín, T.:* Profesor Asociado de Odontología Infantil y Ortodoncia Integrada. Facultad de Odontología de Sevilla. *Galán González, A.:* Profesor Asociado de Odontología Infantil y Ortodoncia Integrada. Facultad de Odontología de Sevilla.

Correspondencia: Antonia Domínguez Reyes. C/ Plaza Alfonso de Cossío 1-1º-A-1. 41004 Sevilla.

GOMA DE MASCAR Y EXPOSICIÓN AL MERCURIO

Está demostrado que el hecho de masticar chicle incrementa la salida de mercurio de las amalgamas dentales. El presente estudio muestra que el incremento de mercurio después de largo tiempo de masticar chicle, tanto en plasma como en orina, es cinco veces más alto en estos individuos que en los que se tomaron como referencia.

La amalgama dental y los chicles de nicotina son sin embargo utilizados como “medicamentos”, para prevenir la enfermedad y sus riesgos dependen de los beneficios asociados con su uso.

Ya es conocido que el tabaco es peligroso; el hecho de la utilización frecuente de chicle puede incrementar la exposición al mercurio proveniente de las amalgamas y hace que sea más peligroso esto que el hábito del tabaco. Hoy la terapia de la administración de nicotina se puede conseguir mediante parches e incluso sprays. Nuestra recomendación es que todas aquellas personas que quieran quitarse el hábito de fumar y necesitan suplementos de nicotina y además tienen gran número de obturaciones en amalgama es preferible que utilicen las formas dichas antes que el chicle.

Sallsten, G. et al. Long-term use of nicotine chewing gum and mercury exposure from dental amalgam filling. J Dental Res 1996; 75:594-598.

La Odontología en Israel: Pronóstico laboral

Ran, F.

Resumen

La odontología en Israel ha sufrido cambios similares a los que fueron registrados en otros países donde la prevalencia de caries en niños decrece y parte de los cambios son propios de Israel.

La influencia de los cambios demográficos en las necesidades odontológicas de la población, y los factores a los cuales se atribuyen los cambios son expuestos para su consideración en lo que se refiere a pronóstico laboral en Odontología en Israel.

Palabras Clave: Pronóstico laboral.

Dental profession in Israel: Manpower analysis

Summary

The dental profession in Israel, as well as in other countries in the world, had been affected by similar changes due to the decrease in the prevalence of dental caries in children, but some of the changes have particularly taken place in Israel.

Demographical changes influences the dental needs of the population and those factors that were found connected to the changes are considered important in order to develop manpower analysis for the dental profession in Israel.

Key Words: Manpower analysis.

INTRODUCCIÓN

La situación odontológica en Israel ha registrado cambios a partir de la década de los 80.

Cambios similares en las necesidades odontológicas de la población han sido extensamente investigados en países occidentales desarrollados y en países subdesarrollados, pero parte de los cambios observados son típicos de Israel⁽¹⁾.

Los motivos a los cuales se atribuyen dichos cambios están relacionados con factores regionales identificados a través de investigaciones epidemiológicas y metodológicas, que permiten registrar y pronosticar cambios en la oferta y demanda de servicios odontológicos para la población.

La necesidad de planificación profesional en odontología y el pronóstico laboral requieren investigación metodológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Las fuentes de información empleadas en esta investigación se basan en revisión bibliográfica de publicaciones de centros de estadística, de bancos centrales y resultados de investigaciones científicas.

1) Suplemento de fluoruros en aguas de consumo

A partir del año 1988 comenzaron la suplementación con fluoruros en las aguas potables de ciertas zonas urbanas en Israel⁽²⁾, que complementaron proyectos

planeados con el objeto de prevenir enfermedades dentales, especialmente caries dental y para reducir las necesidades odontológicas de la población. Pese a las publicaciones oficiales respecto a la concentración de fluoruros en las aguas de consumo, la constante monitorización y control son imprescindibles y los resultados publicados son cuestionables debido a la temporabilidad de los mismos⁽³⁾.

2) Aumento en la oferta de productos odontológicos fluorados

A partir del año 1984 se registró aumento en la oferta de productos tales como pastas dentífricas y geles fluorados⁽⁴⁾.

1977:	11%
1984:	18%
1987:	75%
1995:	90%

El aumento en el porcentaje de productos fluorados en oferta al público se basa en estudios de investigación de mercado y el ratio entre la proporción de productos fluorados versus no fluorados. Estudios de mercado de demanda/oferta muestran un aumento constante en la venta de todos los productos dentales: enjuagues bucales, pastas, geles, tabletas, seda dental, cepillos, etc.

3) Introducción de tratamientos preventivos en los servicios odontológicos escolares

Enjuagues con fluoruros y aplicación de selladores de fisuras, educación dental y tratamiento dental de niños en edad escolar que fueron incorporados a la práctica curativa.

4) Disminución en la prevalencia de caries en niños

Investigaciones epidemiológicas publicadas en la última década confirmaron la disminución en la prevalencia de caries en niños de 6 años en comparación con los datos de estudios similares realizados en 1977-1978⁽⁵⁾.

Es necesario enfatizar que la reducción de caries en niños registrada en 1985 ha sido asociada al uso de productos fluorados pues a partir de 1988 ciertas ciudades y zonas de Israel comenzaron a ejecutar los proyectos de suplementación de fluoruros en las aguas de consumo.

5) Incremento en el número de odontólogos por habitantes

En 1983 la distribución de odontólogos por habitantes era la siguiente: 2.552 odontólogos para una población de 3.836.200 habitantes⁽⁶⁾.

Si se consideran los cambios demográficos de Israel como país de corriente inmigratoria que sobrepasa a la corriente emigratoria, se observa una tendencia constante de disminución en el número de habitantes por odontólogo pese al aumento constante de la población.

La causa de este proceso se basa en la composición inmigratoria: el número de inmigrantes registrados como odontólogos ha llevado al aumento significativo de odontólogos incorporados a la profesión, mientras que el número total de habitantes aumenta en menor proporción que el de odontólogos inmigrantes:

1983: 1/1.503
1988: 1/872 (3.842 odontólogos: 4.404.000 habitantes)
1995: 1/854 (6.500 odontólogos: 5.557.300 habitantes)
1996: 1/846 (6.850 odontólogos: 5.795.000 habitantes)

En un período de cinco años (1983-1988) el número de pacientes por odontólogo se redujo en un cuarenta y dos por ciento y entre 1983 y 1995 el número de odontólogos aumentó más que en un ciento cincuenta por ciento⁽⁷⁾.

A partir de 1991 debido la variación demográfica de la población y de la corriente inmigratoria se registraron cambios que afectan en forma directa los pronósticos laborales en odontología.

Los problemas socio-económicos que tal reducción de habitantes por odontólogo han provocado en la profesión odontológica de Israel no han sido investigados aún a fondo.

Los análisis de estabilidad nacional y su influencia en el mercado interno y externo ofrecen algunos aspectos complementarios.

6) El consumo de azúcar per cápita por año

Se registra constante aumento en el consumo de azúcar y productos tales como miel y chocolate y otros productos que sustituyen al azúcar basados en el consumo per cápita:

1977: 31,8 Kg/persona/año.

1985: 32,8 Kg/persona/año.

1994: 35,2 Kg/persona/año. (No incluye miel, chocolates y dulces)

La relación inversa entre el consumo de azúcares respecto a los índices de caries (CAO) de la población es importante para la evaluación futura.

7) Ley de Salud Obligatoria

La ley de Salud aprobada en 1995, incluye el servicio preventivo gratuito para niños entre las edades 0-18 años, en especial el uso de selladores de fisuras y fluoruros, disminuyendo la demanda de atención en los servicios privados donde los ingresos y remuneración de los odontopediatras se ven afectados.

La población infantil se beneficia con el consumo gratuito o de bajo costo de los servicios odontológicos que ofrecen dichos tratamientos al público.

8) Ley Shitrit

Permite la creación de clínicas odontológicas sin necesidad de Licencia o Matriculación como odontólogos.

Debido a esta ley han aumentado los consultorios de bajo costo al público consumidor, predominando clínicas de las compañías de Seguros y Cajas de Salud o de organizaciones privadas.

9) Personal auxiliar

La sustitución de odontólogos por mano de obra de menor costo de aprendizaje y de salarios, como higienistas y asistentes dentales, que legalmente están habilitados para el reemplazo de odontólogos en procedimientos preventivos-curativos y en la administración y dirección de servicios, afecta la bolsa de trabajo en oferta para odontólogos.

DISCUSIÓN

Los datos expuestos se refieren a las causas y factores que han contribuido a los cambios observados en el campo laboral de la odontología de Israel e indican la línea de transición en las necesidades odontológicas de Israel.

A partir de 1970, países desarrollados e industriales tales como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Países Escandinavos, Holanda, etc. han experimentado reducción en las necesidades odontológicas de su población⁽⁹⁾.

Israel, de acuerdo a lo explicado, muestra una tendencia a decrecer las necesidades odontológicas de la población infantil, en parte debido al consumo de productos fluorados diversos y a la odontología preventiva, incluyendo educación preventiva.

En consecuencia, al aumentar el número de dientes conservados en la boca, aumentan las necesidades de odontología restauradora y especializada, como endodoncia, periodoncia, rehabilitación oral y la necesidad de prótesis más complejas en la población adulta, debido a la presencia de piezas dentarias conservadas en la población más adulta.

Los cambios observados en la población, y el aumento del número de odontólogos exige un seguimiento epidemiológico constante.

La reducción en el número de habitantes por odontólogo varía de acuerdo a la zona geográfica. La mayoría de los odontólogos se concentran en las ciudades principales, lo que determina cambios en la situación socioeconómica^(10,11).

La corriente inmigratoria influye en el panorama odontológico de Israel pues el aporte de Odontólogos inmigrantes determinó un aumento altamente significativo en el número de profesionales registrados en odontología en la última década, sin embargo la población en general no aumentó en igual proporción⁽¹²⁾.

CONCLUSIÓN

Es necesario observar y registrar en forma multifactorial los factores relacionados con los cambios, utilizando metodología similar para permitir elaborar un pronóstico laboral en Odontología.

BIBLIOGRAFÍA

1. RAN LF. Declining dental caries in Jerusalem schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:217.
2. KELMAN M. Report on Fluoride - Department of Dental Health, 1984.
3. Results of chemical analysis of water. Israel: Ministry of Health; October 1995.
4. RAN LF. Marketing of Fluoride Products in Jerusalem. Jerusalem: Report to the Ministry of Health; 1985.
5. RAN LF et al. Decline in prevalence of dental decay in 1st. grade in Jerusalem (Abstract). Hadassah International Congress; 1986.
6. MANN J et al. Forecast of dental manpower in Israel 1983. *Israel Journal of Dental Studies* 1985; I (4):143-185.
7. Ministry of Health: Department of Dental Health; 1995
8. Central Bureau of Statistic. Israel Reports; September 1996.
9. DOWNER MC. Changing patterns of disease in the Western World in *Cardiology Today*, by Guggenheim. 1984: 24-32.
10. KELMAN M et al. Dental Manpower Demography in Israel-Parts I and II. *Dental Medicine* 1991; 9 (1-2): 15-20 y 9 (3): 17-20.
11. Ibis 8.

Ran, F.: Periodontist in private practice, Master in Public Health. Jerusalem, Israel.

Correspondencia: Fanny Ran. Ezel 7/1, Jerusalem 97853. Israel.

LA CIRUGÍA PUEDE REDUCIR LA FRECUENCIA DE LOS ATAQUES EPILÉPTICOS

Los pacientes con ciertas formas de epilepsia pueden conseguir largos periodos con ausencia de ataques mediante una operación que elimina pequeñas cantidades de tejido cerebral, de acuerdo con un artículo reciente de la revista *The Journal of the American Medical Association*.

Michael R. Sperling y cols., del Centro de epilepsia de la Universidad de Pensilvania, estudiaron la eficacia de la lobectomía temporal anterior en 89 pacientes con epilepsia refractaria.

A los cinco años de seguimiento encontraron que el 70% de los pacientes no tenían ataques, el 9% tenía como máximo tres ataques nocturnos anuales, el 11% tenía un 80% menos ataques que anteriormente, el 6% tuvieron menos del 80% de reducción de ataques y por último el 4% restante murió por causas diferentes a la cirugía practicada.

Los pacientes con epilepsia tienen un alto riesgo de muerte comparado con la población en general. Nuestros pacientes, continúa, tienen una relativa tasa de mortalidad, y todas las muertes en nuestras series ocurrieron en pacientes con ataques persistentes después de la cirugía.

Manifestaciones clínicas del liquen plano en el paciente odontopediátrico

Saavedra Marbán, G.; Planells del Pozo, P.; Echaniz Valiente, R.; Ortega Martínez de Victoria, P.

Resumen

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea crónica de origen desconocido que tiene una baja incidencia en el niño (2-3% de todos los líquenes). A pesar de lo poco frecuentemente que se presenta en la edad infantil, es importante hacer una exploración minuciosa y conocer las características de esta dermatitis para poderla diagnosticar. Aunque el liquen en niños sigue una conducta muy similar a los adultos existen algunas particularidades en cuanto a clínica y patrón familiar.

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad con liquen plano comentando sus manifestaciones clínicas a nivel general y orofacial.

Palabras Clave: Liquen plano; niño; dermatitis.

Clinical manifestations of lichen planus in a pediatric patient

Summary

Lichen planus is a chronic, mucocutaneous disorder of unknown origin with a very limited frequency in children. (less than 2% to 3% of all cases of lichen). Although lichen planus in children was similar to that in adults, reveals some peculiarities with respect to clinical and family history. In spite of its low frequency during childhood is important to make an exhaustive exploration and know the characteristics of this dermatosis to be able to diagnostic.

We show a case report of a ten year old boy with lichen planus: his clinical manifestations.

Key Words: Lichen planus; children; dermatosis.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria de origen desconocido⁽¹⁾. Esta enfermedad descrita por E. Wilson en 1869⁽²⁻⁴⁾ tiene una baja incidencia en el niño. Se estima que del total de casos de liquen plano en la población general (0,2-2%) tan solo un 2-3% de ellos ocurren en personas menores de 20 años^(5,6).

Las localizaciones más frecuentes de afectación del liquen plano son piel, uñas, cuero cabelludo o mucosas, fundamentalmente la bucal⁽⁷⁾.

Según autores la conducta del liquen plano en los niños es similar al de los adultos pero sigue algunos

patrones particulares en clínica, distribución familiar y predominancia por sexo^(1,8).

En su diagnóstico pueden utilizarse varias pruebas pero tan solo la biopsia es concluyente.

A pesar de lo poco frecuente que se presenta el liquen plano en la edad infantil es importante hacer una exploración minuciosa del paciente sin limitarse a valorar exclusivamente la patología dentaria y prestar suficiente atención para detectar signos de enfermedades sistémicas, como en este caso liquen plano, que puedan presentarse en la cavidad oral.

Es importante así conocer características del liquen

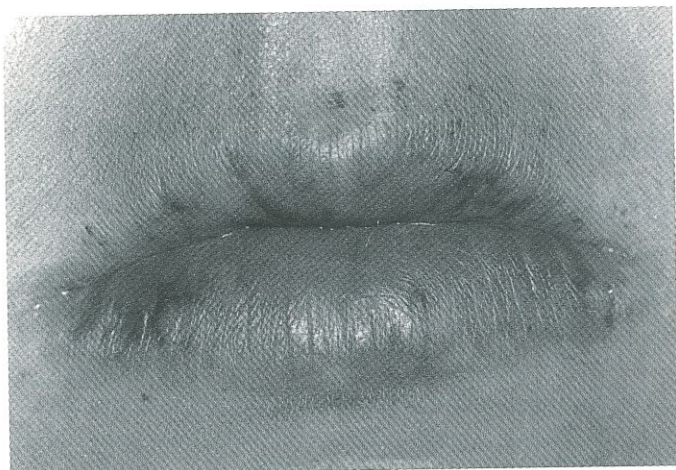


Figura 1. Aspecto intrabucal de los labios del paciente. Lesión papulosa de color violáceo que salpica el contorno de los mismos.

plano en el paciente odontopediátrico para poderlo diagnosticar.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad. Su madre acude por primera vez a la consulta dental demandando tratamiento restaurador y ortodóncico de sus dientes.

En la exploración facial llama la atención el aspecto de los labios y punta de la nariz. En los labios se observan pápulas de color violáceo (Fig. 1) y en la nariz pigmentaciones que asemejan "pecas".

Llama la atención las uñas del paciente, tanto de las manos como de los pies, donde esta dermatosis se manifiesta de forma amplia (Fig. 2). En las uñas se observa un engrosamiento de la tabla ungueal, surcos longitudinales, fragilidad del borde libre y en alguna de ellas una atrofia progresiva que lleva a desaparecer la tabla ungueal. Entre los dedos de la mano existe "pterigium" (Fig. 3).

En la exploración intraoral observamos lesiones en lengua (Fig. 4) y parte interna de los labios. Aparecen líneas blanquecinas, las llamadas estrias de Wickhann, típicas de la forma clínica reticular.

A nivel dentario, el paciente presenta caries oclusales en 16, 26, 36, 46 y 65, oclusomesial en 75 y oclusomesial en 74. En el análisis de modelos y radiografías se diagnostica una clase III osea y dentaria.

El paciente presenta sintomatología de prurito en labio y punta de la nariz de forma eventual, cuando por conflictos afectivos, emotivos, se desencadenan los

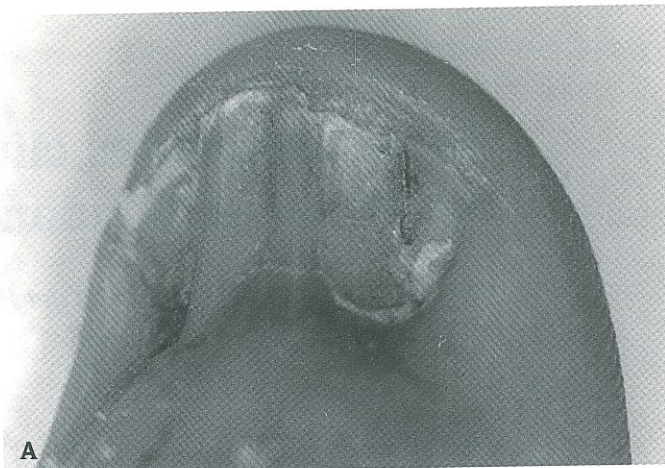


Figura 2. Las uñas del paciente muestran un engrosamiento de la tabla ungueal, surcos longitudinales amplios y fragilidad del borde libre. **A:** Uña de la mano; **B:** Uña del pie.

brotos. El paciente no recibe ningún tratamiento específico durante los mismos.

No se refieren antecedentes familiares de esta alteración.

Se piden análisis, incluyendo marcadores de la hepatitis por la relación de esta enfermedad con el liquen, resultando todos los parámetros negativos.

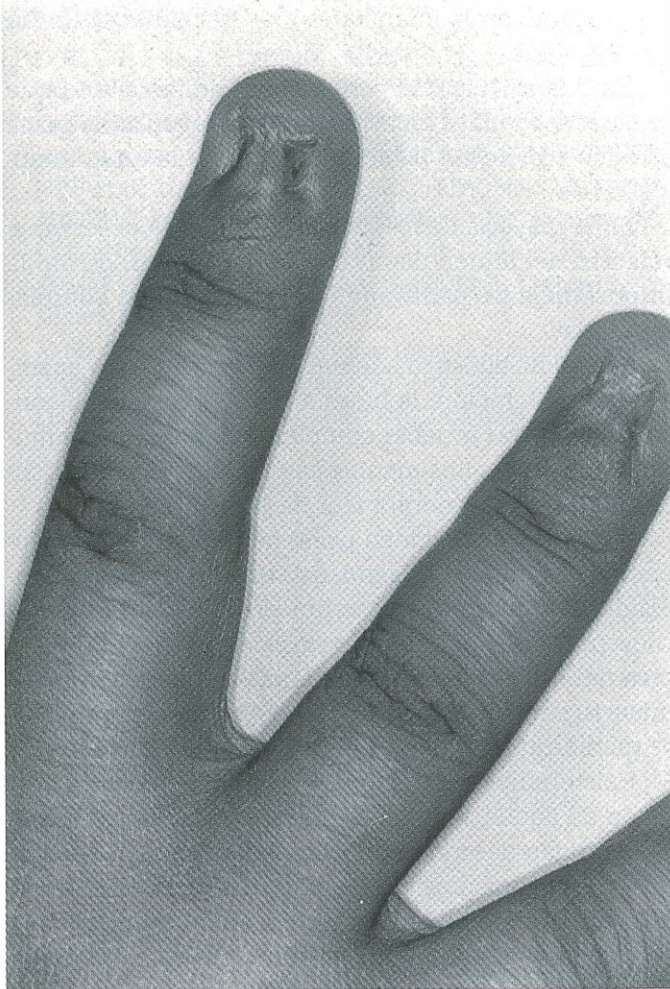


Figura 3. "Pterigium" entre los dedos de la mano del paciente.

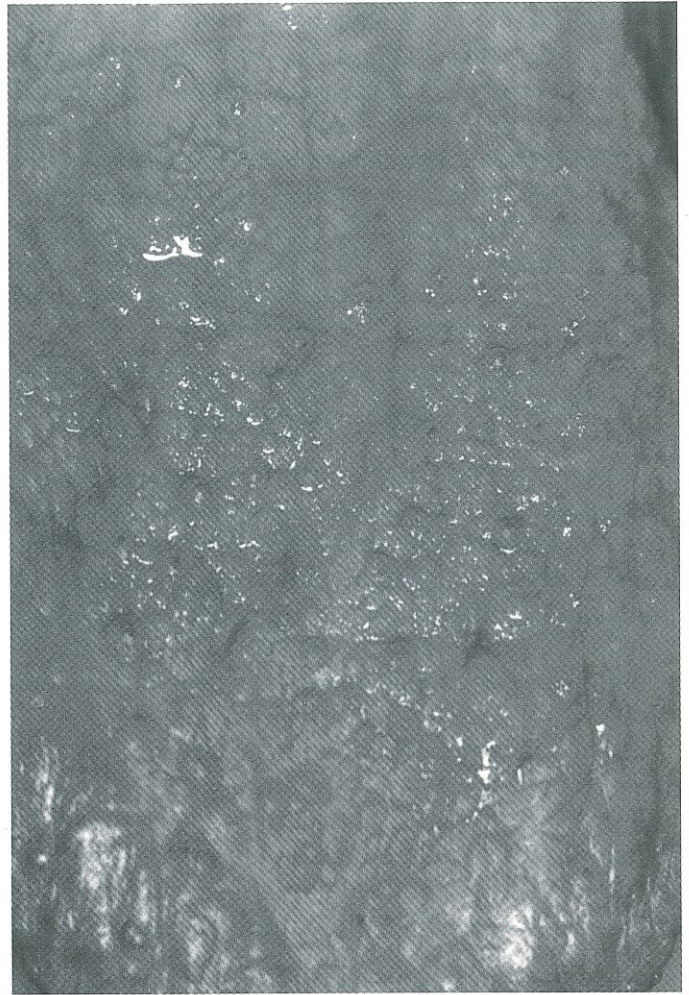


Figura 4. Manifestación de liquen plano (forma clínica reticular) en la lengua.

Para el diagnóstico definitivo se pide una biopsia como única prueba concluyente; confirmándose el diagnóstico de liquen plano.

El especialista en dermatología recomienda observación para prevenir problemas como malignización de lesiones.

A nivel de su patología dentaria se realiza el tratamiento conservador y preventivo y se deriva a un ortodoncista para el tratamiento de su problema ortodóncico.

Se han realizado cuatro revisiones durante dos años, una cada seis meses, por razones odontopediátricas sin que el paciente haya referido brotes manifiestos de su enfermedad.

DISCUSIÓN

El liquen plano es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta a piel y mucosa⁽¹⁾. Su frecuencia de

aparición es mayor en la población adulta y mucho menos común en niños⁽²⁾. El grupo de edad donde predominantemente aparece esta enfermedad es de 30 a 60 años^(1,2).

Las lesiones de liquen plano aparecen tanto en piel, uñas, cuero cabelludo o mucosas (incluida la mucosa bucal).

La afectación de las uñas no es muy frecuente, se observa en un 5-10% de los líquenes según autores⁽⁹⁾, aunque para otros los porcentajes no están bien documentados^(2,6). El liquen plano puede afectar a la uña en distintos grados. Generalmente se caracteriza por un engrosamiento de la tabla ungueal, aparición de los surcos longitudinales, pérdida de brillo, fragilidad del borde libre y a veces atrofia progresiva que determina la desaparición de toda la tabla ungueal^(3,9,10). Todas estas son características vistas en el caso pre-

sentado, siendo las uñas la zona donde más ampliamente se manifiesta la dermatosis. En algunos casos, como el descrito por Kanwar en un niño de 11 años de edad, la afectación de las uñas es la única manifestación clínica del liquen plano⁽²⁾. Pero generalmente esto en niños es muy raro. Con solo esta afectación, el diagnóstico clínico es difícil por lo que se puede realizar la biopsia de las uñas para corroborar el diagnóstico. En esta se observaría hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis⁽⁶⁾.

Las lesiones cutáneas elementales son pápulas aplanadas, poligonales, violáceas de algunos milímetros de diámetro y en la superficie tienden a hiperpigmentarse. Frecuentemente se produce prurito que en algunas ocasiones llega a ser de gran severidad. Cuando existe erosión, las lesiones se vuelven dolorosas⁽³⁾. Las lesiones cutáneas son frecuentes en zona de flexión de muñeca, antebrazo, pierna, cara anterior de muñeca y antebrazo, codo, rodilla, región lumbar y generalmente en todas estas localizaciones ocurre de forma simétrica^(2,3).

En el cuero cabelludo pueden aparecer placas de alopecia atróficas.

La localización oral es bastante frecuente dentro de las mucosas. Muchas veces sólo existe esta manifestación. El aspecto clínico de estas lesiones es diferente a las cutáneas. Puede presentarse de diferentes formas clínicas. Esto hace que según los autores haya distintas clasificaciones. La más simple es considerar la forma reticular (liquen blanco) y la forma atrófica-erosiva (liquen rojo). Estas formas pueden ser dolorosas e interferir así con la alimentación⁽³⁾.

En textos clásicos de dermatología pediátrica se afirma que la apariencia y conducta del liquen plano en los niños es similar al de los adultos⁽²⁾ pero al revisar literatura actual se afirma que cuando aparece antes de la pubertad, especialmente en la infancia, tiene unos patrones particulares^(1,8). Hay peculiaridades con respecto al sexo, localización, aspectos clínicos e historia familiar.

Se habla de la existencia de una historia familiar de liquen plano, como en caso descrito por Cottoni y colaboradores⁽¹⁾ o en tres de los seis casos descritos por Milligan⁽⁸⁾. En el paciente presentado no ha sido encontrado. La historia familiar es relativamente más común en niños que en adultos^(1,3); hay autores que afirman que en la edad adulta esta historia familiar no se produce⁽²⁾.

En adultos el liquen es más frecuente en mujeres

sin embargo en la infancia es más frecuente en niños que en niñas.

En cuanto aspectos clínicos, el liquen plano que se observa en niños es la forma clínica reticular; la forma atrófica-erosiva no ha sido diagnosticada en la infancia⁽¹⁾.

En la mayoría de los estudios se intenta observar la relación del liquen plano con la hepatitis B, de ahí la importancia de pedir análisis como prueba complementaria⁽¹⁾.

Para el diagnóstico además de basarnos en la anamnesis y exploración, la biopsia es la única prueba concluyente. Otras pruebas complementarias como inmunofluorescencia nos manifiestan hallazgos característicos pero no patognomónicos de liquen plano.

En la biopsia de liquen plano hay tres criterios histopatológicos para su diagnóstico que continúan vigentes desde que fueron descritos en 1961 por Shklar y Meyen. Estos son: hiperqueratosis, degeneración hidrópica del estrato basal y existencia de infiltrado inflamatorio subepitelial en banda^(1-3,10). Estos parámetros se manifiestan tanto en niños como en adultos.

Existen diversos factores relacionados con la aparición de liquen plano pero hoy en día la etiopatogenia es de origen desconocido. Hay datos que demuestran que los mecanismos inmunológicos intervienen en el desarrollo de la enfermedad. En el liquen plano hay una alteración inmunitaria como respuesta a una causa y en busca de saber cual es la causa se proponen mas investigaciones⁽¹⁰⁾.

Esta enfermedad se resuelve en un porcentaje de casos de forma espontánea en un periodo variable que va de meses a años. Se produce en brotes sucesivos a menudo desencadenados por factores psicoafectivos⁽²⁾.

Actualmente los tratamientos más eficaces para el liquen plano son los retinoides, corticoides, inmunosupresores y PUVA (psoralen + luz UVA). En general se recomienda tratar las formas atrófica-erosivas y vigilar las reticulares como se ha realizado en el caso presentado. El tratamiento es un problema complejo porque la evolución y duración de la enfermedad no es predecible y por tanto es difícil valorar la eficacia de los medicamentos. Hay casos en niños en que con corticosteroides se han tratado casos de formas reticulares con excelentes resultados. La mayor parte de los autores afirman que la mucosa con presencia de liquen plano tiene alto riesgo de desarrollar cáncer pero hace falta más estudios para ver una relación causal entre liquen plano y cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. COTTONI F, ENA P, TEDDE G, MONTESU MA. Lichen planus in children: A case report. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 132-135.
2. KANWAR AJ, HANDA S, GHOSH S, KAUR S. Lichen planus in childhood: A report of 17 patients. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 288-291.
3. FITZPATRICK TB, EISEN AZ, WOLFF K, FREEDBERG IM, FRANK AUSTEN K. *Dermatology in general medicine*. 4ª ed. Mc Graw-Hill: Chapter 86. Arndt KA. Lichen planus, 1134-1144.
4. KUMAR V, GARG BR, BARUAH MC, VAREDDI SS. Childhood lichen planus. *J Dermatol* 1993; 20: 175-177.
5. AXELL T, RUNDQUIST L. Oral lichen planus- a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 52-56.
6. PELUSO AM, TOSTI A, PIRACCINI BM, CAMELI N. Lichen planus limited to the nails in childhood: case report and literature review. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 36-39.
7. SCULLY C, EL-KOM M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 1985; 14: 431-458.
8. MILLIGAN A, GRAHAM-BROWN RA. Lichen planus in children- a review of six cases. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 340-342.
9. COLVER GB, DAWBER RPR. Is childhood idiopathic atrophy of the nails due to lichen planus. *Br J Dermatol* 1987; 116: 709-712.
10. FITZPATRICK TB, EISEN AZ, WOLFF K, FREEDBERG IM, FRANK AUSTEN K. *Dermatology in general medicine*. Vol. I, 4ª ed. Mc Graw-Hill: Chapter 62.
11. CERERO LAPIEDRA R, GARCÍA NUÑEZ JA, GARCÍA POLA MJ. Liquen plano oral. *RCOE* 1997; 2: 643-660.

Saavedra Marbán, G.: Colaboradora Honorífica del Dpto de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Facultad de Odontología. UCM. *Planells del Pozo, P.:* Profesora Titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología. UCM. *Echaniz Valiente, R.:* Médico estomatólogo. *Ortega Martínez de Valiente, P.:* Odontopediatra.

Correspondencia: G. Saavedra Marbán. Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Facultad de Odontología. UCM. Pza de Ramón y Cajal s/n. Ciudad Universitaria. Madrid 28040.

TERCEROS MOLARES Y EL APIÑAMIENTO INCISAL

Con bastante frecuencia se culpa a los terceros molares del apiñamiento de los incisivos, especialmente en la mandíbula. A pesar de la intensa investigación en este campo, nunca se ha encontrado una causa que los relacionara.

Ciertamente lo que sí se ha encontrado es la presencia de apiñamiento de incisivos inferiores en casos de ausencia congénita de terceros molares e incluso apiñamiento en caso de extracción precoz de estos molares, incluso no se apreció una diferencia significativa en el grado de apiñamiento en presencia o ausencia del tercer molar.

En ambas arcadas, la extracción de los terceros molares en edades comprendidas entre los 14 y los 17 años parece que reduce la migración mesial de los primeros molares y en algunos casos esto parece asociado con una disminución de la reducción del ancho de la arcada. Por otra parte, esto no establece una relación de causa.

Después de muchas investigaciones se puede concluir que el apiñamiento tardío depende de varios factores.

Así puede haber cambios evolutivos (desproporción entre el tamaño de los dientes y las arcadas); forma, tamaño y posición de la mandíbula; patrones de crecimiento y cantidad de crecimiento; aspectos funcionales (ej. labios, lengua y respiración), sobremordida y resalte; discrepancias del tamaño de los dientes; tratamientos de ortodoncia; posiblemente la influencia del tercer molar.

Es incorrecto sugerir que extrayendo el tercer molar vamos a prevenir un apiñamiento tardío. Personas con los terceros molares impactados tienen más apiñamiento en zonas anteriores y laterales y porcentualmente tienen coronas más grandes que las personas que tienen los terceros molares erupcionados normalmente. Pero la impactación de los terceros molares es una manifestación del apiñamiento y no puede ser considerada una causa de éste.

Van Der Linden. Problems and procedures in dentofacial orthopedics. Chicago: Quintessence Publishing; 1990: 333-334.

Odontomas: Un estudio retrospectivo de 104 casos

Owens, B.M.; Schuman, N.J.; Mincer, H.H.; Turner, J.E.; Oliver, F.M.

Resumen

El término odontoma se refiere a cualquier tumor de origen odontogénico. Se han distinguido tres tipos de odontomas en la literatura odontológica: odontoma complejo, odontoma compuesto y fibro-odontoma ameloblástico. Los odontomas se asocian, generalmente, con dientes primarios retenidos y dientes permanentes no erupcionados. Se desconoce la etiología exacta de los odontomas, pero se han postulado como posibles factores etiológicos los traumatismos locales, las infecciones, la herencia y la mutación genética. Diferentes estudios han demostrado que los odontomas se presentan en la segunda década de la vida.

Se analizaron 104 biopsias diagnosticadas de odontoma, estudiando la edad, la raza, el sexo, la localización, el diagnóstico preoperatorio y los hallazgos de laboratorio postoperatorios. La mayoría de los odontomas aparecían entre los 11 y 20 años de edad, siendo más frecuentes en la raza caucásiana. La mayoría aparecían en el maxilar y el 85% fueron correctamente diagnosticados clínicamente por el odontólogo antes que la anatomía patológica confirmara el diagnóstico. La mayoría eran odontomas compuestos (64,4%). Los odontomas complejos suponían el 31% de las lesiones y no se diagnosticó ningún fibro-odontoma ameloblástico.

Odontomas: A retrospective study of 104 cases

Summary

An odontoma refers to any tumor of odontogenic origin. Three distinct types of odontomas have been distinguished in the dental literature: complex, compound, and ameloblastic fibro-odontoma. Odontomas are usually associated with overly retained primary and unerupted permanent teeth. The exact etiology of odontomas is unknown, but local trauma, infection, inheritance, and genetic mutation have been postulated as possible causes of odontomas. Studies have found that males are more likely than females to have odontomas, with most frequent occurrence in the second decade of life.

One hundred four biopsy reports with a diagnosis of odontoma were analyzed for age, race, gender, location, pre-operative diagnosis, and postoperative laboratory findings. Most odontomas occurred in the 11-20 age group, with Caucasians predominating. The majority were located in the maxilla, and 85 percent were correctly diagnosed clinically by the attending dentist prior to confirmation by histologic pathology reports of the biopsy specimens. The vast majority were compound odontomas (64.4%) with complex odontomas comprising 31,0% of the total lesions. No ameloblastic fibro-odontomas were diagnosed.

J Clin Pediatr Dent 1997;21(3):261-264.

INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

El término odontoma se refiere por definición a cualquier tumor de origen odontogénico⁽¹⁻¹¹⁾. Sin embargo, a los odontomas se les ha conocido como tumores odontogénicos mixtos, ya que están formados, tanto de tejido epitelial, como de tejido mesenquimatoso^(1-3,8). Estas células y tejidos pueden parecer normales pero tienen un déficit en su organización estructural^(2-3,10,12). Este defecto ha hecho pensar que los odontomas son hamartomas más que verdaderas neoplasias^(2-3,10,12,13).

El nivel de diferenciación puede variar, creando varias formaciones de tejidos dentales (esmalte, dentina, cemento y algunas veces pulpa). Los tejidos pueden formar masas mal definidas de tejidos dentales, conocidos como odontomas complejos y pueden formar también estructuras bien conformadas similares al diente, conocidas como odontomas compuestos^(9-12,14-16). El fibro-odontoma ameloblástico es el tercer tipo de odontoma, pero es extremadamente raro^(4-7,10,11,15).

Aunque la etiología del odontoma es desconocida, se han postulado diferentes factores etiológicos como los traumatismos locales, las infecciones, la historia familiar y las mutaciones genéticas^(1-3,8,16). Hitchin sugiere que los odontomas se heredan debido a un gen mutante o a una interferencia, posiblemente postnatal, en el control genético del desarrollo dental.

Los odontomas se pueden encontrar a cualquier edad, pero generalmente se descubren en la segunda década de la vida^(3,6,11,16).

Budnick⁽⁵⁾ encontró una incidencia ligeramente superior en los varones (59%) que en las mujeres (41%). Los odontomas pueden aparecer en ambas arcadas con diferentes frecuencias^(1,5,6,8,11,12,16). El análisis de Budnick mostró una incidencia del 48% en la parte anterior del maxilar. Or y Yucetus⁽¹⁷⁾ reportaron un 26,5% de odontomas en la parte anterior del maxilar.

La mayoría de los odontomas se descubren al realizar un examen radiográfico rutinario y observar masas radioopacas. Los dientes primarios retenidos y/o los dientes no erupcionados también conducen a descubrir estas lesiones^(1-3,5-7,9-12,14,16,18).

Smith y cols.⁽¹¹⁾ establecieron que el tumor tiene generalmente un tamaño menor de 2 mm, predominantemente es radioopaco, está rodeado por una banda fina bien circunscrita y la lesión es, generalmente, asintomática con una ligera inflamación del reborde alveolar.

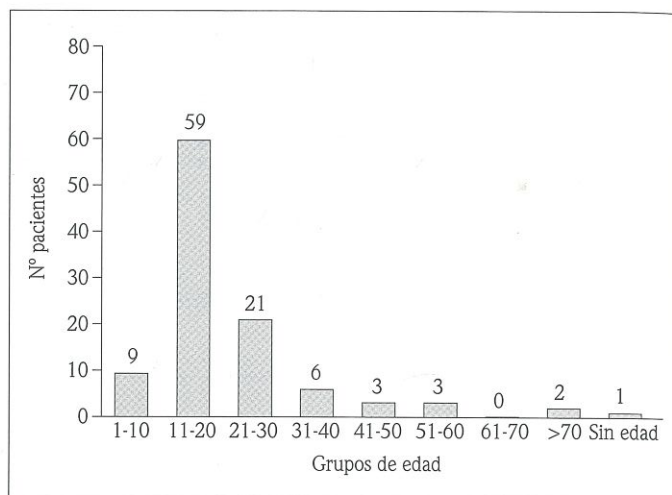


Figura 1. Grupos de edad de los pacientes con odontomas.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente estudio se analizaron todas las biopsias etiquetadas como "odontoma", "odontoma compuesto", "odontoma complejo" y "fibro-odontoma ameloblástico" de la cavidad oral en los registros de la Universidad de Tennessee, Memphis, División de Patología Oral. Se incluyeron todos los registros desde enero de 1986 a diciembre de 1995 que fueron diagnosticados como odontomas.

A cada muestra de tejido se le realizó una evaluación para analizar la edad, la raza, el sexo, la localización, el diagnóstico preoperatorio y la confirmación histológica postoperatoria.

RESULTADOS

El número de odontomas (compuestos y complejos) fue de 104 (0,54%) de los aproximadamente 19.000 registros de patología archivados en la División de Patología Oral en un periodo de diez años. En este periodo no se diagnosticó ningún fibro-odontoma ameloblástico. Cuarenta muestras (38,5%) de los 104 casos se denominaron como lesiones asintomáticas, seis (5,7%) fueron sintomáticas, y 58 (55,8%) no tenían ningún comentario subjetivo.

Edad

La edad de los pacientes se anotó en 103 de los 104 casos registrados. Aproximadamente el 57% de las muestras de odontomas provenían de pacientes con una edad comprendida entre los 11 y los 20 años, como era de esperar. El rango de edad iba desde los 6 a los 77 años, con una media aproximada de 19 años. Sólo

Tabla I. Revisión de casos sobre odontomas.

Estudio	Nº de casos	Reseñas totales	% Reseñas	Maxilar	Edad	Sexo (Fe)	Compuesto/complejo
Kaugars y cols., 1989	351	53.824	0,65	50,9%	M 16,0	51,5%	-
Toretti y cols., 1984	167	35.764	0,50	51,2%	50,9%	50,3%	35/18 (17%)
Budnick, 1976	149	-	-	67,0%	M 14,8	41,2%	-
Regezi y cols., 1978	484	54.534	0,89	59,3%	M 19,0	48,8%	259/214
Or/Yucetus, 1987	49	-	-	45,0%	M 23,3	42,0%	29/20
Owens y cols., 1996	104	19.000	0,54	51,0%	M 19,0	47,1%	67/32

9 muestras correspondían a pacientes menores de 11 años y 2 muestras pertenecían a pacientes mayores de 70 años. (Figura 1).

Sexo

El sexo de los pacientes se identificó en los 104 casos. Cincuenta y cinco muestras (52,9%) eran varones y cuarenta y nueve (47,1%) mujeres con una proporción aproximada de 1:1.

Raza

La raza de los pacientes se conocía en los 104 casos. La mayoría de las muestras, 77 (73,1%), eran pacientes de raza caucasiana, mientras que 28 (26,9%) eran pacientes de raza afro-americana. Hay que tener en cuenta que aproximadamente 2/3 partes de los pacientes son de raza afro-americana.

Localización

Cincuenta y tres (51%) de las muestras procedían del maxilar, y treinta y ocho (36,5%) de la mandíbula. Trece muestras (12,5%) no mencionaban la localización exacta del odontoma, pero habían sido extirpados de la cavidad oral.

Diagnóstico preoperatorio

De los odontomas, 88 (84,6%) habían sido correctamente diagnosticados clínicamente por sus dentistas antes de la anatomía-patológica. En 11 casos (10,6%) no se había hecho ningún diagnóstico preoperatorio. En 5 casos (4,8%) se había realizado un diagnóstico incorrecto, no habiéndose diagnosticado el odontoma.

Diagnóstico postoperatorio

De los 104 casos, 67 (64,4%) se identificaron como odontomas compuestos y 32 (31%) se identificaron como odontomas complejos. Cinco casos (4,6%) fueron diagnosticados como odontomas compuestos y complejos.

DISCUSIÓN

Los odontomas tienen la misma densidad y radiopacidad que la estructura dental normal⁽⁵⁻⁶⁾. La primera forma de distinguir un odontoma complejo es mediante el examen radiográfico e histológico^(1-3,5-7,9-12,14,16,19).

Al determinar la lesión hay que considerar otras posibles patologías y realizar un diagnóstico diferencial^(7,10).

Otras posibles lesiones son la esclerosis focal, la osteomielitis, el osteoma, la displasia de cemento periapical, el fibroma osificante y el cementoblastoma^(7,10). Lo mejor es que un buen patólogo oral realice una biopsia^(2,3).

Se han encontrado en los odontomas células únicas (células fantasmas), que suponen el 20% de las células en los odontomas según Shafer y cols.⁽³⁾, y células epiteliales inflamadas⁽¹⁸⁾. Los odontomas deben extirparse quirúrgicamente, una vez que se han descartado otras patologías^(3,7,10,11). Los odontomas pueden originar la formación de quistes, retrasar la erupción de la dentición permanente y destruir hueso⁽⁶⁾; además, si no se extirpan pueden transformarse en odontomeboplastomas^(11,19).

La tabla I muestra varios estudios retrospectivos desde 1976 a 1996 en relación con los odontomas^(5,13,17,20,21). La información revela que el porcentaje de casos de odontomas aportados por los registros de la patología total permanece estable, así como la localización más frecuente de los odontomas (maxilar) y la edad media del paciente (2ª década de la vida). Uno de los hallazgos más significativos fue que los pacientes de raza afro-americana, que suponían las 2/3 partes del total de pacientes sólo tuvieron la 3ª parte de los odontomas, y otro hallazgo importante fue que los odontomas compuestos son el tipo más común de odontomas.

Los dentistas generales diagnosticaron correctamente el 85% de las lesiones antes de realizar un estudio his-

tológico. Sólo 5 casos fueron diagnosticados de forma incorrecta, dando el dentista un diagnóstico diferente al de odontoma. Quiste dentífero, granuloma de células gigantes, granuloma de células periféricas, cementoblastoma, mucocele y osteoma fueron los 5 diagnósticos incorrectos dados en estos casos.

CONCLUSIÓN

Este artículo presenta un estudio retrospectivo de 10 años de 104 casos confirmados de odontoma procedente de los registros de patología de una escuela dental. El 85% de los odontomas fueron diagnosticados correctamente por los dentistas generales por métodos clínicos antes de que se enviaran al servicio de patología oral para lograr la confirmación histológica. El 64% de los casos eran odontomas compuestos y el 31% odontomas complejos.

La etiología exacta de los odontomas es desconocida, sin embargo, entre los factores etiológicos se consideran los traumatismos, la herencia y las infecciones. Ninguno de los 104 casos fue diagnosticado de fibroodontoma ameloblástico.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHITE CS, ROGER J. Erupted compound odontoma: review and case report. *Gen Dent* 1992; 40: 43-44.
2. ROBINSON HBG, MILLER AS. Neoplasms. In: Colby, Kerr, Robinson HBG. *Color atlas of oral pathology*, ed 5. Philadelphia: J.P. Lippincott Co; 1990: 157-158.
3. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. *A textbook of oral pathology*, ed 4. Philadelphia: WB Saunders Co; 1983: 308-311.
4. MORNING P. Impacted teeth in relation to odontomas. *Int J Oral Surg* 1980; 9: 81-91.
5. BUDNICK SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg* 1976; 42: 501-506.
6. GALLIEN GS, SCHUMAN NJ, MCLLVEEN LP. Odontoma of a maxillary central incisor in a 10 year old black male. *J Perodont* 1986; 10: 352-355.
7. GOAZ DW, WHITE SC. *Oral radiology: Principles and interpretation*. St. Louis: CV Mosby Co; 1982: 463-468.
8. TO EWH. Compound composite odontome associated with an impacted canine: Case report. *Australian Dental J* 1989; 34: 414-416.
9. BASKAR SN. *Radiographic interpretation for the dentist*, ed. 2. St. Louis: CV Mosby Co; 1975: 180.
10. REGEZI JA, SCIUBBA JJ. *Oral pathology, clinical pathologic correlations* Philadelphia: WB Saunders; 1989: 363.
11. SMITH RM, TURNER JE, ROBBINS ML. *Atlas of oral pathology*. St. Louis: CV Mosby Co; 1981: 54-56, .
12. NEVILLE BW, DAMM DD, WHITE DK, WALDRAN CA. *Color atlas of clinical oral pathology*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1991: 254.
13. REGEZI JA, KERR CDA, COURTNEY RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surgery* 1978; 36: 771-778.
14. WOOD NK, GOAZ BW. *Differential diagnosis of oral lesions*, 2 ed. St. Louis: CV Mosby Co; 1980: 501-505.
15. BAKER WR, SWIFT JQ. Ameloblastic fibro-odontoma of the anterior maxilla. *Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology* 1993; 76: 294-297.
16. DONAT LS, LOZANO GJ. Compound odontoma erupting in the mouth: 4-year follow-up of a clinical case. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 285-288.
17. OR S, YUCETUS S. Compound and complex odontomas. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 32: 196-199.
18. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. *A textbook of oral pathology*, ed. 4 Philadelphia: WB Saunders Co; 1983: 274.
19. PINDBORG JJ, KRAMER IRH, TORLONI H. *Histologic Typing of odontogenic tumors, jaw cysts, and allied lesions*. World Health Organization; 1971: 18.
20. TORETTI EF, MILLER AS, PEEZICK B. Odontomas: An analysis of 167 cases. *J Perodont* 1984; 8: 282-284.
21. KAUGARS GE, MILLER ME, ABBEY LM. Odontomas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1989; 67: 172-176.

Owens, B.M.: Assistant Professor. Department of General Dentistry. University of Tennessee. College of Dentistry. Memphis, TN. *Schuman, N.J.*: Assistant Professor. Department of General Dentistry. University of Tennessee. College of Dentistry. Memphis, TN. *Mincer, H.H.*: Assistant Professor. Department of General Dentistry. University of Tennessee. College of Dentistry. Memphis, TN. *Turner, J.E.*: Professor and Chairman. Department of Biologic and Diagnostic Sciences. University of Tennessee. College of Dentistry, Memphis, TN. *Oliver, F.M.*: Senior Dental Student.

Correspondencia: Barry M. Owens. Department of General Dentistry. University of Tennessee. College of Dentistry. Memphis, TN 38163.

Director de sección

Dr. Juan Ramón Boj Quesada

Colaboran

Dra. M^a Teresa Briones Luján. Profesora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

Dra. Olga Cortés Lillo. Profesora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

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

Dr. Enrique Espasa. Profesor Titular de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

STREPTOCOCCUS MUTANS EN NIÑOS QUE UTILIZAN EL BIBERÓN

***Streptococcus mutans* in children using nursing bottles**

Kreulen C.M.; de Soet H.J.J.; Hogeveen R.; Veerkamp J.S.J.
J Dent Child 1997;108-111.

El consumo frecuente de hidratos de carbono de un biberón puede causar un tipo de caries rampante denominada caries del biberón que se caracteriza por afectar a superficies dentarias que normalmente presentan un bajo riesgo de caries. Hay niños que a pesar de utilizar biberones con sustancias azucaradas no desarrollan caries del biberón. Esto sugiere que deben existir factores especiales que influyen en la aparición de la enfermedad. De los grandes factores etiológicos de la caries los autores decidieron estudiar a los microorganismos cariogénicos. Para ello diseñaron un estudio en el que evaluaron los niveles y cepas de *S. mutans* en pacientes que presentaban caries del biberón y en niños de la misma familia que también habían utilizado biberones azucarados pero no padecieron caries del biberón.

La muestra estudiada estuvo formada por 7 niños que presentaban caries del biberón. De todos ellos se registraron las características de utilización del biberón (frecuencia y contenido). Igualmente se tomaron muestras de saliva, para estudiar el número de colonias (CFU) de *S. mutans*; y de placa dental, para determinar las cepas presentes. Todas estas pruebas se repitieron en las 7 madres y en un hermano/a de los pacientes que a pesar de haber utilizado en biberón de forma similar nunca presentó caries del biberón.

El análisis estadístico indicó diferencias significativas respecto al número de colonias (CFU) de *S. mutans* entre los pacientes con caries del biberón ($5,8 \log/\text{ml} \pm 0,8$) y los hermanos/as ($2,9 \log/\text{ml} \pm 2,1$). Además, en los pacientes con caries del biberón únicamente se encontró un tipo de cepa de *S. mutans*; mientras que sus hermanos/as presentaron varias.

Según los autores, los resultados de este estudio reflejan una relación inversa entre el número de cepas de *S. mutans* y la caries del biberón. Así, la causa de padecer este tipo de caries sería la presencia de una única cepa de *S. mutans*, probablemente la más virulenta. Esta selección podría deberse a la existencia de un medio oral con pH bajo.

En conclusión, en el desarrollo de la caries del biberón influyen factores etiológicos más complejos de lo que se creía, uno de los cuales sería la presencia de una sola cepa de *S. mutans* pero muy virulenta.

Jiménez Ruiz, A.

Profesor Asociado. Universidad de Barcelona.

SUSTITUCIÓN INTRAORAL DEL TORNILLO DE EXPANSIÓN UTILIZANDO RESINA FOTOPOLIMERIZABLE
Intraoral expansion screw replacement using light-cured acrylic technique

Goho C.

Pediatr Dent 1997; 19(4):291

La expansión maxilar rápida (EMR) se usa frecuentemente para corregir mordidas cruzadas esque-

léticas. Uno de los aparatos diseñados para ello es el de Haas, el cual consiste en un paladar acrílico que incorpora un tornillo de expansión. Estos tornillos se comercializan en varios tamaños. En pacientes que presentan un paladar alto y estrecho o un colapso de los segmentos posteriores debido a un paladar fisurado puede ser imposible utilizar inicialmente el tamaño de tornillo deseado. Estas circunstancias harían necesario fabricar un segundo aparato de EMR. Para evitar el retraso que ello supondría en el tratamiento, el Dr. Goho propone realizar una sustitución intraoral inmediata del tornillo.

Después de expandir totalmente el aparato de EMR inicial procederemos a su sustitución. Obturamos la fisura palatina (si la hubiera) con gasas empapadas de suero fisiológico y fresamos la resina que rodea al tornillo con turbina. Después de irrigar y secar adaptamos una fina hoja de plástico entre el paladar y el aparato para proteger la mucosa palatina. Colocamos el nuevo tornillo en la posición deseada y lo adherimos al resto del aparato con resina fotopolimerizable. Frecuentemente ni siquiera será necesario pulir el acrílico añadido.

Según el Dr. Goho esta técnica resulta muy ventajosa en situaciones que requieran una EMR en varias fases.

Jiménez Ruiz, A.

Profesor Asociado. Universidad de Barcelona

RESINAS MODIFICADAS CON CEMENTO DE IONÓMERO DE VIDRIO: IMPLICACIONES PARA SU USO EN ODONTOPEDIATRÍA

Resin-modified glass ionomer cements (RM GICs): Implications for use in pediatric dentistry

Vaikuntam, J.

J Dent Child 1997; 64: 131-134.

Desde su introducción en 1972, los ionómeros de vidrio han sufrido continuas modificaciones. Sus propiedades iniciales mecánicas y estéticas han sido mejoradas dando lugar a nuevos materiales de características superiores; mayor adhesión, mejor estética, fácil manipulación y fotopolimerización. Una nueva generación de estos materiales son las resinas modificadas con ionómero de vidrio, también conocidas por el nombre de compómeros (COMPOSITE + glass ionomer).

El objetivo de este trabajo es conocer el estado actual de estos nuevos materiales y describir el procedimiento clínico para uno de ellos.

Las resinas modificadas con ionómero de vidrio generalmente contienen en un 80% ionómero de vidrio y en un 20% resinas fotopolimerizables, produciéndose su fraguado de dos formas: por una reacción inicial de ácido-base, característica de los ionómeros de vidrio y a continuación una polimerización fotoquímica de la matriz del material. Aunque, dependiendo del material y las proporciones de ionómero de vidrio y resinas, existen algunas modificaciones en su reacción de fraguado.

Algunos estudios "in vitro" han destacado la mejor resistencia a la compresión y tensión de los compómeros respecto a los ionómeros de vidrio tradicionales. Por otra parte hay estudios donde se ha observado que la liberación de flúor en los compómeros es superior a los ionómeros de vidrio convencionales y que para algunos de estos nuevos materiales alcanza un periodo largo de emisión (hasta 4 meses), siendo incluso capaces de absorber el flúor del medio oral, comportándose como una continua fuente de flúor. Por estas características han sido indicados en restauraciones de molares primarios.

En este artículo se describe un caso clínico tratado con Compoglass® (Ivoclar/Vivadent Amherst) que ha sido introducido recientemente. Se trata de un material monocomponente que precisa de la aplicación previa de agente acondicionador para la adhesión al esmalte/dentina-material. Para su colocación en clínica, se requieren los siguientes pasos: una primera capa de agente acondicionador, secar suavemente y una segunda capa que se fotopolimeriza durante 20 seg. a continuación se aplica el material restaurador y se procede a su fotopolimerización durante 40 seg. Finalmente, el autor recomienda la aplicación de una capa de acondicionador sobre la restauración para dejar una superficie fina.

Esta técnica se considera un método de restauración sencillo. El Compoglass® difiere de otros compómeros porque en su composición predomina la resina (70%) y sólo contiene un 30% de ionómero de vidrio; por lo que cabe esperar que tenga mejores propiedades mecánicas pero su liberación de flúor puede ser menor.

Teniendo en cuenta sus propiedades, estas resinas modificadas con ionómero de vidrio estarían indicadas como material de restauración en dentición primaria

y por tanto podrían considerarse una alternativa a la amalgama en esta dentición.

Cortés Lillo, O.

*Profesora del Máster de Odontopediatría.
Universidad de Barcelona*

UTILIZACIÓN DE IMPLANTES ENDO-ÓSEOS EN UN NIÑO DE 3 AÑOS CON DISPLASIA ECTODÉRMICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Use of endosseous implants in a 3 year old child with ectodermal dysplasia: Case report and 5 year follow-up

*Guckes A.D., McCarthy G.R., Brahim J.
Pediatr Dent 1997; 19: 282-285.*

La forma clásica de Displasia Ectodérmica (herencia ligada al cromosoma X), se caracteriza por presentar hipodoncia, hipohidrosis, hipotricosis, así como una facies de rasgos peculiares. La osteointegración se considera un método seguro para reemplazar dientes ausentes. Sin embargo casi todas las investigaciones se han realizado en pacientes adultos y se aconseja precaución con su utilización en individuos en crecimiento.

En este trabajo se presenta el caso de un niño de 3 años y tres meses de edad con displasia ectodérmica al que un cirujano oral en práctica privada le colocó implantes. La madre indicó que no fue informada de las posibles complicaciones de la colocación de implantes en un niño tan pequeño.

El niño se remitió al Instituto Nacional de Investigación Dental (USA) para su evaluación protésica tras la colocación de los implantes. En el examen clínico efectuado al inicio se le detectaron 6 implantes, 4 mandibulares y 2 en el maxilar superior (el implante del maxilar superior derecho presentaba movilidad). Además por Rx también se descubrió que para aumentar el tamaño de los maxilares también se le insertó una hidroxiapatita de tipo desconocido. Se extrajo el implante con movilidad, mientras que los restantes 5 implantes (clínicamente inmóviles) se consideraron osteointegrados. Se conectaron los contrafuertes de titanio sólo a los 4 implantes mandibulares. El implante que quedaba en el maxilar superior no podía contribuir por sí solo al soporte de una prótesis y por tanto se buscó su cierre primario, sin colocar contrafuerte. La hidroxiapatita parecía estar estable. Tras recortar el tejido

gingival alrededor de los contrafuertes colocados en la arcada mandibular se tomó una impresión.

Dos meses después se realizó una prótesis superior convencional y una sobredentadura mandibular apoyada por dos barras de oro colado que estaban sujetas a los implantes y separadas en la línea media. Durante los 5 años de seguimiento, la prótesis se rehizo para acomodarse a la erupción de los dientes superiores y al conjunto del crecimiento facial. Cinco años después de la colocación de los implantes, se realizaron una ortopantomografía y una telerradiografía, para valorar la altura de hueso, así como la posición relativa de los implantes y de la hidroxiapatita.

En la actualidad, la posición relativa de los implantes funcionales en la parte anterior de la mandíbula, permanece inalterada, a pesar del crecimiento en las ramas y en los cóndilos, lo que coincide con el crecimiento descrito por Bjork. El destino de la hidroxiapatita permanece incierto, después de 5 años de seguimiento los bordes permanecen firmes y no hay inflamación ni evidencia de exfoliación. Sin embargo actualmente hay evidencia radiográfica de que la hidroxiapatita está siendo reabsorbida. Se desconoce el impacto de esta reabsorción en la integridad de los implantes a largo plazo. El hallazgo más dramático es la posición relativa del implante del maxilar superior no funcional, ya que este implante no se ha movido con el crecimiento hacia abajo y adelante del maxilar superior, estando ahora situado cerca del suelo de las fosas nasales. Considerando el crecimiento que falta por realizar, la posición última de este implante es incierta.

Este caso posiblemente se trate del paciente más joven que ha recibido implantes para hacer de soporte en una prótesis. Se confirma que los implantes situados en la parte anterior de la mandíbula se mueven con ésta al crecer los cóndilos y las ramas. La rotación de la mandíbula, que acompaña a su crecimiento, no parece haber causado un problema significativo en relación a la angulación de estos implantes y el plano oclusal. El cambio en la posición del implante del maxilar superior cuando la mandíbula crece hacia abajo no es una sorpresa, constituye una complicación para el paciente y con el tiempo puede ser necesario extraerlo quirúrgicamente. Los implantes mandibulares pueden dar mínimos problemas, sin embargo puede ser significativo el coste de mantener y rehacer la prótesis con el crecimiento del niño.

Un efecto obvio de la displasia ectodérmica es la falta de hueso alveolar en zonas de anodoncia. En adul-

tos hay evidencia de que tras un aumento en la carga funcional de la mandíbula debido a una prótesis implantosoportada se produce un aumento en la masa ósea de la mandíbula, pero no se ha demostrado hasta el momento que su colocación en niños tenga un efecto beneficioso en el conjunto del crecimiento craneofacial.

Espasa, E.

Profesor Titular de Odontopediatría, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

ADMINISTRACIÓN POR VÍA NASAL DEL MIDAZOLAM: PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS, FARMACODINÁMICAS Y POTENCIAL DE SEDACIÓN

Intranasal administration of midazolam:

Pharmacokinetic and pharmacodynamic properties and sedative potential

Fukuta O., Braham R.L., Yanase H., Kurosu K. J Dent Child 1997; 64: 89-98

Estudios recientes han mostrado que la sedación por vía nasal con midazolam es útil para llevar a cabo tratamientos dentales en pacientes discapacitados psíquicos no cooperadores. Estudios posteriores han evaluado esta técnica para la sedación de pacientes pediátricos en general. En este trabajo los objetivos fueron: 1) medir a intervalos las concentraciones plasmáticas, tras la administración nasal de midazolam, a las dosis de 0,2 y 0,3 mg/Kg; 2) determinar que estas concentraciones han alcanzado el nivel de sedación; 3) establecer cuál es el período de sedación más adecuado para el tratamiento odontológico; y 4) relacionar las variaciones del efecto sedante con los cambios producidos en los signos vitales. Como objetivo secundario este estudio trata de determinar cuál de las dos dosis administrada es la más indicada para la sedación consciente.

El estudio se realizó con 15 adultos universitarios sanos, voluntarios, con edades comprendidas entre los 19 y 25 años, no se ha efectuado en niños al considerarse éticamente inviable.

Tras aprobarse el protocolo por el organismo competente, los individuos se sometieron a un examen físico completo, eligiéndose sólo a aquéllos cuyo estado físico se incluía en las categorías ASA I o II. Se les mantuvo sin comer un mínimo de 6 horas antes de la sedación y sin beber al menos 4 horas antes. Todos los pro-

cedimientos se realizaron a primeras horas de la mañana, en situación de reposo, durante los cuales no se les efectuó ningún tratamiento odontológico.

Los sujetos elegidos se asignaron al azar a dos grupos con el método del doble ciego. Se procedió a su monitorización y tras un período de reposo de 15 a 20 minutos, el primer grupo recibió una dosis de midazolam por vía nasal de 0,2 mg/Kg y el segundo grupo una dosis de 0,3 mg/Kg.

Se evaluaron los efectos de la sedación mediante una escala y se clasificaron los estadios. Asimismo, se valoró la conducta de cada sujeto a intervalos fijos, mediante una escala de conducta.

Se analizaron las concentraciones plasmáticas de midazolam en tres sujetos seleccionados al azar para cada una de las dosis administradas. Las muestras de sangre se obtuvieron a los 5, 10, 20, 30, 60, 90 y 120 minutos tras la administración del fármaco.

Los signos vitales, monitorizados de forma continua y registrados a intervalos de 5 minutos, incluyeron: frecuencia respiratoria, pulso cardíaco, presión sanguínea, electrocardiograma y saturación de oxígeno. El valor obtenido a los 5 minutos antes de la administración se usó como valor control para todas las lecturas.

Una vez acabado el procedimiento, todos los individuos se llevaron a la sala de recuperación, donde se monitorizaron los signos vitales y funciones corporales durante una hora. A la mañana siguiente se les interrogó sobre los posibles efectos secundarios experimentados tras el período de estudio.

Los resultados fueron los siguientes:

- En cuanto a la concentración plasmática de midazolam vía nasal, se observó un pico máximo a los 20 minutos con ambas dosis, siendo de $157 \pm 24,6$ ng/ml y $257,7 \pm 94,3$ ng/ml para las dosis de 0,2 mg/Kg y 0,3 mg/Kg respectivamente. También se vio que con la dosis de 0,3 mg/Kg la desviación estándar fue mayor que con la dosis de 0,2 mg/Kg, lo cual indica que las concentraciones plasmáticas con la dosis 0,3 mg/Kg tienen una mayor variación individual que las de 0,2 mg/Kg.

- En relación a los efectos sedantes, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, en ninguna fase del estudio. Todos los sujetos de ambos grupos alcanzaron un estado de sedación satisfactorio desde los 15-20 minutos hasta los 55-60 minutos después de la administración y recuperaron las funciones normales entre los 150 y 180 minutos posteriores a la administración.

- Respecto a los signos vitales, se observó que las presiones sanguíneas sistólica y diastólica, así como el pulso cardíaco tendieron a aumentar a los 10-20 minutos de la administración, tras los cuales hubo una tendencia a descender a niveles iguales o menores que los sujetos control, lo que fue atribuido al esfuerzo realizado para la instilación nasal de midazolam. Ninguno de estos cambios estaba fuera de los límites normales y no se advirtieron efectos secundarios durante el período de estudio. En ambos grupos se produjo depresión respiratoria, aunque ésta fue menor para el grupo que recibió la dosis de 0,2 mg/Kg de midazolam. En el grupo de dosis de 0,3 mg/Kg hubo un caso de depresión respiratoria severa, por lo que

se debe admitir que esta dosis nasal de midazolam implica un riesgo de que se produzca dicha depresión.

Los resultados de este estudio sugieren que ambas dosis de midazolam vía nasal son efectivas. No se obtienen beneficios usando la dosis más alta de 0,3 mg/Kg, por lo que los autores recomiendan emplear la dosis de 0,2 mg/Kg de midazolam vía nasal para lograr una sedación consciente segura.

*Briones Luján, M.T.
Profesora Colaboradora del Máster de
Odontopediatría. Facultad de Odontología,
Universidad de Barcelona.*

LA SEGURIDAD DEL PROTÓXIDO DE NITRÓGENO

Mientras continúa el debate sobre cuál es el nivel de exposición seguro al protóxido de nitrógeno, los clínicos están limitando su exposición tanto como les es posible. Además de las especificaciones dadas por NIOSH, otros ofrecen más advertencias sobre la concentración de los niveles de N_2O .

Así, Lieblich dice que cuando él va a aplicar protóxido a un paciente, se asegura que el paciente respirará 100% de O_2 al final del tratamiento por lo menos durante cinco minutos, antes de quitarle la máscara. Esto le asegura que el paciente no exhalará protóxido una vez que se haya quitado la máscara. El uso de dique de goma y minimizar la conversación con el paciente son también efectivos.

Pero lo más importante de todo, es que nunca debemos operar con un aparato de protóxido que no tenga un sistema de evacuación del gas expirado. Yagiela comenta: "Pienso que todas las consultas deberían de tener un sistema de evacuación de gases, no es una propuesta cara y es fácil de hacer."

Anderson, K. N₂O How safe is it?. Review 1996; 89:12-22.



Real Academia Nacional de Medicina

Sesión extraordinaria

La estomatología infantil en España

Prof. Carlos García Ballesta

El pasado día 8 de mayo se celebró en la Real Academia Nacional de Medicina una sesión extraordinaria para conmemorar los 50 años de la Estomatología española. Entre los conferenciantes invitados se encontraba nuestro compañero, el Prof. Carlos García Ballesta, el cual, brillantemente expuso la conferencia titulada “La estomatología infantil en España”, texto que por su interés reproducimos de forma íntegra.

Excmo. Sr. Presidente.

Excmos. e Ilustrísimos Sres. Académicos.

Señoras y Señores.

Debido a razones exclusivamente generacionales no llegué a conocer al Prof. D. Pedro García Gras, ya que durante mi estancia en la Escuela de Estomatología de Madrid, año 1978, D. Pedro había fallecido. Eso sí, se afirmaba que fue un hombre muy culto, que antes de la Guerra Civil estaba considerado como la más firme promesa de la estomatología española y que la profesión que habíamos elegido, como especialidad médica, se debía en gran parte a él.

Por eso quisiera ensalzar la figura del Profesor García Gras en palabras de mi maestro, el tristemente desaparecido Prof. Dr. D. Juan Pedro Moreno González, Catedrático de Profilaxis, Estomatología infantil y Ortodoncia de la UCM y Académico de número que fue de esta Real, que en su discurso de ingreso en la Docta Institución refería de él lo siguiente:

«D. Pedro era mi maestro y amigo, ese padre científico imprescindible para entender la Universidad, para impregnarse de su espíritu, de esas cosas intangibles que son reflexiones y sentimientos, búsqueda de la verdad y cultivo de la inteligencia. Con él la profesión se elevó al rango de especialidad médica.

Su primera obsesión era el niño; no quería verle sufrir y su actividad se orientaba en el ámbito pre-

ventivo, acercando a las escuelas la educación sanitaria. La segunda, como gran humanista, La Historia, a través de la cual rendía tributo de amor a nuestra profesión.»

Como Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, profesor de estomatología y profesional que se dedica en exclusividad al tratamiento en la infancia, quisiera rendirle mi particular homenaje a D. Pedro sobre la base de sus dos grandes “obsesiones”, el niño y la Historia.

El tema de mi aportación no debe ser sorprendente en una Academia de Medicina. Aquí, estamos escuchando por parte de mis Ilustres compañeros, exposiciones de gran calidad sobre los avances científicos en los últimos cincuenta años, es decir, de su historia reciente. Lo mío va a ser algo diferente, aunque desde luego más modesto, ya que voy a hablarles de algunos hechos significativos de este medio siglo de la estomatología infantil –historia reciente– intentando relacionarla con una obra del Renacimiento español –historia antigua– por la que D. Pedro, en su faceta de historiador, tenía singular cariño.

Se trata del “*Coloquio Breve y Compendioso sobre la materia de la boca y la maravillosa obra de la dentadura*”, primer libro mundial que habla de las enfermedades estomatológicas de la infancia, escrito en el siglo XVI por un español, Francisco Martínez.

El autor fue, además, el primer universitario dedi-

cado al ejercicio de la estomatología, lo que tiene su importancia si nos remontamos a esta época.

Pero, y en la Universidad ¿qué ha pasado en estos cincuenta años en cuanto a la formación del estomatólogo infantil?.

En España y la década de los cuarenta, sucedió un hecho que marcaría un jalón en la enseñanza de nuestra especialidad, que de mera carrera de dos cursos con la base de algunas asignaturas de medicina, se transformaba gracias al esfuerzo del Prof. García Gras en una especialidad médica.

Este hecho influyó de una manera determinante en la enseñanza de la estomatología infantil, pues en el plan de estudios se creó la asignatura de profilaxis estomatológica y ortodoncia. Era la primera vez que aparecía la palabra profilaxis —íntimamente ligada a la infancia— formando cuerpo de doctrina con la ortodoncia.

Siguiendo la huella de D. Pedro, su sucesor, el Prof. Juan Pedro Moreno González, fue el que le proporcionó el empujón definitivo a nuestra especialidad. El Prof. Moreno, hombre de gran visión de futuro dio forma a una manera distinta de ver a los niños, pues inculcó al estudiante el concepto de tratamiento integral del paciente, dentro del cual la Estomatología infantil tenía un lugar prioritario. Fruto de dicho concepto y, por qué no decirlo, de una gran generosidad por su parte, se impulsó la creación de las cátedras de Estomatología Preventiva, y Estomatología Infantil. Al convocarse en 1988, oposiciones a Catedrático en el perfil de Odontopediatría en la Universidad Complutense de Madrid, se marca un hito histórico en el país. Estas oposiciones fueron ganadas por la profesora Elena Barbería Leache que, a pesar de las grandezas y miserias de la Universidad, continúa la labor del maestro, Prof. Moreno, transmitiendo al alumno el concepto de *“terapia integral del niño”*.

Años antes, también la Estomatología Infantil se enriqueció con la llegada del primer catedrático de Estomatología Preventiva y Comunitaria, el profesor Rafael Rioboo García, que desde la Universidad ha elevado a carácter científico una parcela de la especialidad que hasta el momento se basaba en la divulgación de las medidas preventivas.

Otro hecho que vino a enriquecer a nuestra especialidad fue la creación, en 1977, de la Sociedad Española de Odontopediatría. Desde su presidenta provisional, Dra. María Luisa Gozalvo, hasta su actual presidente Dr. Javier Costa Codina, muchos estomatólogos de la geografía española, que por razones obvias de

espacio y para evitar el error de omitirlos, no puedo citar, han realizado grandes esfuerzos en pro del tratamiento infantil en nuestro país.

Actualmente se considera que el niño, y en concreto su esfera bucal, ofrece unas peculiaridades básicas —biológicas, médicas y sociales— que nos permiten descubrir no solamente la dignidad y riqueza de la personalidad infantil, sino también su vulnerabilidad. Todo esto es fruto del esfuerzo de muchos profesionales que se han dedicado en estas cinco décadas a elevar al rango que se merece nuestra profesión.

Retornando al libro de Martínez, el cuarto capítulo del libro lo dedica a la higiene de la boca del niño, y da consejos para mantenerla sana. A este respecto lo ilustra con una frase rotunda:

«Más honra me hace el que me avisa que no caiga en la hoya, que no el que me deje caer y luego me da la mano, por eso debe evitarse lo dulce o lavarse enseñada después de haberlo tomado.»

Los nuevos descubrimientos en el campo científico de la estomatología, han motivado el resurgir de nuestra especialidad. En estas cinco décadas, por la íntima asociación medicina-estomatología, lo que ha ocurrido ha sido un cambio de actitud en los estomatólogos que vieron que con una adecuada práctica basada en las medidas preventivas, la enfermedad bucal podría ser controlada en la infancia.

En conjunto, el libro del bachiller relata bastantes afecciones bucales que por la premura de tiempo no podemos describir. Para finalizar, solamente quisiera destacar lo que a mi juicio tiene más importancia en la obra, y es la recriminación que hace a los médicos que han desdeñado a la estomatología:

«Yo no sé que enemistad encuentran entre la medicina y la boca siendo el puerto y la puerta más principal.»

Pues bien, tuvieron que pasar cuatro siglos para que en nuestra nación se produjera este encuentro entre la medicina y la estomatología gracias a la labor de una persona, el Prof. García Gras.

Actualmente, por razones exclusivamente políticas —que no es el momento de recordar— la estomatología se encuentra, salvo contadas Universidades, en vías de extinción.

Estoy convencido que desde su lugar de reposo eterno y coloquialmente D. Pedro nos estará dando una pequeña reprimenda al ver que el esfuerzo de su vida académica —el título de médico especialista en estomatología— es ya casi historia.

Noticias SEOP

Delegados de Comunidades Autónomas de la SEOP

ANDALUCÍA IV Región (Sevilla, Córdoba, Huelva, Cádiz, Ceuta)

ASUNCIÓN MENDOZA MENDOZA

Pl. de Cuba, nº 6 - 1º C

Telf. (95) 427 3717

41011 - Sevilla

ARAGÓN

VALENTINA OTAL MATEO

Ponzano, 8 - 1º Dcha.

Telf. (976) 23 93 56

50004 - Zaragoza

ASTURIAS

CELESTINO FUERTES MENÉNDEZ

C/ Santa Susana, nº 1 - 1º - 1ª

Telf. (985) 23 53 31

33007 - Oviedo

BALEARES

PEDRO PÉREZ CUESTA

C/ San Miguel, nº 39 - 2ª

Telf. (971) 71 34 99

07002 - Palma de Mallorca

CANARIAS

INMACULADA VIÑUELA CAMACHO

Paseo del Chil, nº 309 - 7ºB

Telf. (928) 22 69 56

35010 - Las Palmas de Gran Canaria

CANTABRIA

JOSÉ DEL PIÑAL MATORRAS

C/ Ruacasal, nº 9 - 3º Izqda.

Telf. (942) 31 08 71

39001 - Santander

CASTILLA - LA MANCHA (Toledo, Ciudad Real, Cuenca,

Guadalajara, Albacete)

GERARDO ORTEGO BUENO

Pl. del Pilar, nº 10 - 2º B

Telf. (926) 21 14 08

13001-Ciudad Real

CASTILLA - LEÓN (León, Zamora, Salamanca, Valladolid,

Palencia, Burgos, Soria, Segovia y Avila)

PILAR LOZANO TORNERO

Pl. del Poniente, nº 4 - 9ª D

Telf. (983) 37 17 65

47003 - Valladolid

CATALUÑA

ABEL CAHUANA CÁRDENAS

Ctra. Cornellá, 13 -15 - Local 1 2

Telf. (93) 473 04 84

08950 - Esplugues de Llobregat (Barcelona)

COMUNIDAD VALENCIANA

MONTSERRAT CATALÁ PIZARRO

Gran Vía Marqués del Túria, nº 70 - 1º - 4º

Telf. (96) 395 54 31

46005 - Valencia

EXTREMADURA

FLORENCIO CORISCO MERINO

Avda. de las Angustias, nº 5 - 1º C

Telf. (927) 53 07 91

10300 - Navalmoral de la Mata (Cáceres)

GALICIA

MIGUEL FACAL GARCÍA

Marqués de Valladares, nº 12 - 5º Dcha.

Telf. - Fax (986) 22 24 22

36201- Vigo (Pontevedra)

MADRID

PALOMA PLANELLS DEL POZO

Víctor Andrés Belaunde, nº 25 - 2º E

Telf. (91) 457 44 77 - Fax (91) 344 07 24

28016 - Madrid

MURCIA

CARLOS GARCÍA BALLESTA

Calderón de la Barca, nº 8 - 1º B

Telf. (968) 21 55 50

30001 - Murcia

NAVARRA

FERNANDO FRANQUET CASAS

Pintor Asenjo, nº 6

Telf. (948) 27 20 66

31008 - Pamplona

PAÍS VASCO

JOSÉ Mª IMAZ LOROÑO

Andra Marí, nº 10 - 3ª

48200 - Durango (Vizcaya)

Agenda

XX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Ibiza - Eivissa

Hotel "Torre del Mar" (Playa d'Ambossa)

Del 27 al 30 de Mayo de 1998

Miércoles, 27 de Mayo

- 9,30 Llegada, alojamiento, inscripción, entrega de la documentación, información, etc.
Secretaría: Hall del Hotel "Torre del Mar", Sede de la XX Reunión.
- 13,00 Descanso.
- 16,00 Curso: **"Patología periodontal odontopediátrica: Aspectos inmunológicos"**. Prof. Dr. Pedro Martínez Canut, Prof. Dr. Jaime Alcazar Síntes, Prof. Dr. Alfredo Corell.
- 20,30 Cocktail de bienvenida.

Jueves, 28 de Mayo

- 9,30 1ª Mesa Redonda. Universidad de Madrid: **"Tratamientos integrales en el niño"**. Prof. Dra. Elena Barbería Leache. Panelistas: Dr. M. Joaguín de Nova García, Dra. Paloma Planells del Pozo.
- 11,00 Coffee-break.
- 11,30 2ª Mesa Redonda. Universidad de Murcia: **"Alteraciones congénitas de las estructuras dentales. Soluciones terapéuticas"**. Prof. Dr. Carlos García-Ballesta. Panelistas: Dra. M.C. Cabrerizo Merino, Dra. Olga Cortés Lillo, Dr. M. López Nicolás.
- 13,00 Descanso.
- 16,00 18 Comunicaciones Orales Libres y Posters.
- 19,00 Coffee-break.
- 19,30 Conferencia Inaugural. Prof. José Vicente Bagán.
- 22,00 Cena Buffette - Casino y/o Discoteca.

Viernes, 29 de Mayo

- 9,30 3ª Mesa Redonda. Universidad de Sevilla. **"Tratamientos multidisciplinarios en Odontopediatria"**. Prof. Dra. Asunción Mendoza Mendoza. Panelistas: Dr. Enrique Solano Reina, Dra. Isabel Sáez de la Fuente.

- 11,00 Coffee-break.
- 11,30 4ª Mesa Redonda. Universidad de Valencia. **"Odontología restauradora en niños y adolescentes"**. Prof. Dra. Montserrat Catalá Pizarro. Panelistas: Dra. Filomena Estrela Sanchís, Dra. Luz Aguiló Muñoz, Dra. Ana Gandía, Dra. Ana Zaragoza Fernández.
- 13,00 Descanso.
- 16,00 15 Comunicaciones Orales Libres.
- 18,30 Coffee-break.
- 19,30 XX Asamblea General S.E.O.P.
- 22,00 Noche ibicenca libre.

Sábado, 30 de Mayo

- 9,30 5ª Mesa Redonda. Universidad de Barcelona. **"Nuevos enfoques en la utilización de selladores de fisuras"**. Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada. Panelistas: Dr. Enrique Espasa, Dra. Anna Xalabarde, Dra. Eva Sol.
- 11,00 Coffee-break.
- 11,30 6ª Mesa Redonda. Universidad de Granada. **"Actualización en los tratamientos dentales"**. Prof. Dra. Cinta Manrique Mora. Panelistas: Dr. Santiago González, Dra. Carmen María Ferrer.
- 13,00 Descanso.
- 16,00 18 Comunicaciones Orales Libres y Posters.
- 19,00 Coffee-break.
- 19,30 Conferencia de Clausura. Prof. Dr. José Antonio Canut Brusola.
- 22,00 Cena de Clausura y entrega de premios S.E.O.P.

* * * * *

F.D.I. 98 WORLD DENTAL CONGRESS

Barcelona (España)

Del 8 al 12 de Octubre de 1998

Programa científico preliminar

Viernes, 9 de Octubre

Sesiones de mañana

- Fronteras científicas de la nueva Odontología. (Simposio)

- Cómo predecir el éxito en Endodoncia. (Simposio)
- Periodoncia. (Minicurso)
- Estética. (Minicurso)
- Cirugía implantológica. (Minicurso)
- Odontopediatría. (Minicurso)
- Sesiones de tarde
- Productos y materiales: ¿qué es nuevo y qué no?. (Minicurso)
- ¿Sobrevivirán los hombres en el ejercicio de la profesión?. (Simposio)
- Soluciones a problemas periodontales diarios. (Simposio)
- Diseño del cepillo de dientes o cómo convertir el arte en ciencia. (Simposio)
- ATM. (Minicurso)
- Cirugía. (Conferencias)
- Odontopediatría. (Simposio)

Sábado, 10 de Octubre

Sesiones de mañana

- Asepsia en Odontología. ¿Dónde estamos ahora?. (Simposio)
- Búsqueda de la excelencia en Operatoria. (Simposio)
- Prótesis. (Conferencias)
- Ortodoncia. (Minicurso)
- Ergonomía. (Simposio)
- Odontología Legal y Forense. (Mesa Redonda)
- Problemática actual en la investigación de víctimas en desastres. Aportaciones de la Odontología Forense. (Conferencia)
- Rehabilitación neuroclusal. (Conferencia)

Sesiones de tarde

- La importancia de calidad del servicio en el consultorio. (Minicurso)
- Cáncer oral: un problema en aumento a nivel mundial. (Simposio).
- Actualización en Prótesis. (Simposio)
- Operatoria. (Simposio)
- Gerodontología. (Simposio)
- Pacientes Especiales. (Simposio)
- Odontología en el paciente discapacitado psíquico, físico y sensorial. (Simposio)

Domingo, 11 de Octubre

Sesiones de mañana

- Hacia el año 2000. (Minicurso)
- Regeneración tisular y ósea guiada en Periodontología e Implantología. (Simposio)
- Operatoria. (Simposio)

- Odontología Preventiva. (Simposio)
- Cómo influye el número de Odontólogos en la salud oral de la población. (Mesa Redonda)
- Ortodoncia interactiva. (Simposio)
- Estética facial. (Simposio)
- Sesiones de tarde
- Hacia la perfección en Restauradora y Prótesis: un enfoque predecible. (Minicurso)
- La promoción de la Prevención en la Práctica Clínica. (Simposio)
- Implantología/Perimplantitis. (Simposio)
- ATM. (Simposio)
- Marketing dental. (Simposio)
- Degradación de materiales odontológicos. (Simposio)

Lunes, 12 de Octubre

Sesiones de mañana

- Evaluación del riesgo: la clave para tener éxito en el tratamiento. (Simposio)
- La revolución electrónica y la ciberodontología. (Simposio)
- Actualización en Endodoncia. (Minicurso)
- Aumento del volumen óseo. Regeneración ósea guiada. Injertos. (Simposio)
- Patología infecciosa en Medicina Bucal. (Simposio)
- Sesiones de tarde
- El plan de tratamiento ortodóncico para adultos. (Simposio)
- El SIDA. Pandemia y Odontología. (Simposio)
- Endodoncia. (Simposio)
- Implantología. (Simposio)
- Integrada. (Conferencia)

Para más información:

FDI World Dental Congress
7, Carlisle Street. London, W1V 5RG (United Kingdom)
Tel.: +44 171 935 7852 - Fax: +44 171 486 0183
<http://www.fdi.org.uk/worldental>
E-mail: congress@fdi.org.uk

FDI Barcelona Organizing Conzmittee. COEC
Via Laietana, 31
08003 Barcelona (Spain)
Tel. +34 3 310 15 55 - Fax +34 3 310 63 99
<http://www.dentalnet.org>
E-mail: eva@redestb.es

* * * * *

**INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL
TRAUMATOLOGY
THE ISRAELI ASSOCIATION FOR PREVENTION AND
TREATMENT OF DENTAL TRAUMATOLOGY
IXTH WORLD CONGRESS ON DENTAL TRAUMA**

*Eilat (Israel)
October 20-23, 1998*

*For further information, please contact the
Secretariat:*

IXth World Congress on Dental Trauma
Dan Knassim Ltd. P.O. Box 1931
Ramat Gan 52118, Isr.
Tel. 972 - 3 - 6133340 - Fax 972 - 3 - 6133341
E-mail: congress@mail.inter.net.il

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

1. INTRODUCCIÓN

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

Serán considerados para su publicación los siguientes tipos de trabajos:

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

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

El autor es el único responsable de las afirmaciones sostenidas en su artículo. El comité científico de la S.E.O.P. revisará los originales y se reserva el derecho de rechazar los que no juzgue apropiados.

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

Para su publicación se remitirán los artículos a la **Secretaría Técnica de la S.E.O.P.** enviando duplicado tanto del texto como de figuras y tablas si las hubiere.

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

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

2. ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

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

- 2.1. *Título*: incluirá el título del artículo, nombre del autor/es en el orden que se deseen ver publicados, lugar de origen de cada uno,

cargo e institución a la que pertenecen. Consignando la dirección postal completa del responsable de la correspondencia.

- 2.2. *Resumen*: el resumen tendrá un máximo de 100 palabras y en él se relatarán de manera breve los objetivos, materiales, diseño, método y las principales observaciones y conclusiones. En español e inglés.

- 2.3. *Palabras clave*: lista de palabras clave en español e inglés que reflejan la naturaleza del trabajo.

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

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

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

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

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

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

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

- 2.4.7. *Bibliografía*: las referencias bibliográficas deberán consignarse en el texto, en numeración arábica consecutiva, entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores. Cuando se mencione a éstos si se trata de un trabajo realizado por dos se mencionarán ambos y si son más se citará el primero seguido de la abreviatura "et al". La referencia entera se presentará al final del trabajo según el orden de aparición en el texto y con

la correspondiente numeración correlativa, según la normativa de *Vancouver*, que se expone a continuación. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del *Index Medicus*; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los tres primeros y añadir después las palabras "et al". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen tres ejemplos:

Artículo: Marqués Mateo M, García Ballesta C, Puche Torres M. Estudio de la caries dental en niños con fisura oral. *Odont Pediatr* 1996; 5: 131-139.

Libro: Fomon SJ: Infant Nutrition, 2ª edición. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974: 230-242.

Capítulo de libro: Brines JE. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA, eds. Gastroenterología pediátrica práctica. 2ª ed. Madrid: Ergon; 1996: 25-37.

3. GRÁFICOS Y FOTOGRAFÍAS

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

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

4. ORIGINALES Y ENVÍO DE LOS MISMOS

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

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

ODONTOLOGIA PEDIATRICA (O.P.)
Dra. Paloma Planells del Pozo
C/ Duque de Sesto, nº 38 - Esc. Dcha. 6º B
28009 MADRID