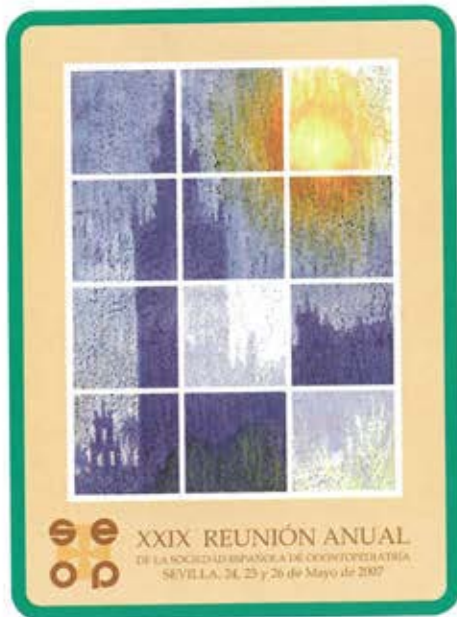


Odontología Pediátrica

Volumen 15 / Número 1 / Enero - Abril 2007



Editorial 1
P. Planells

Original 3
Bruxismo en la infancia. Estudio clínico
M. Miegimolle Herrero, C. Miegimolle García, P. Planells del Pozo

Comunicaciones Orales y Pósters 11
XXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría

Comunicaciones Orales 13

Comunicaciones Pósters 26

Información Universidad 34

Noticias SEOP 37



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA



HSR Hospital San Rafael

Títulos propios

- Máster en Odontopediatría, 2007-2009
- Máster en Ortodoncia, 2007-2010
- Integración práctica de la implantología en el entorno clínico habitual, 2007-2008



Abierto el plazo de inscripción
PLAZAS LIMITADAS

Servicio de Odontoestomatología y Cirugía Maxilofacial del Hospital San Rafael

Para solicitar más información sobre nuestro Programa de Formación contactar con Secretaría Técnica, C/Serrano, 199 - 28016 Madrid, tel: (00 34) 915 158 255, fax: (00 34) 915 158 069, E-mail: info@ampr-consulting.com



Odontología Pediátrica

Órgano de Difusión de la Sociedad Española de Odontopediatría
Fundada en 1991 por Julián Aguirrezábal

Sociedad Española de Odontopediatría
c/ Alcalá, 79-2 - 28009 Madrid
Tel.: 650 42 43 55
e-mail: seodontopediatria@hotmail.com
<http://www.seopnet.net>

Revista Odontología Pediátrica
<http://www.grupoaran.com>.

DIRECTORA:

Profa. Dra. Paloma Planells del Pozo

DIRECTORES ADJUNTOS:

Dr. Julián Aguirrezábal, Profa. Dra. Montse Catalá Pizarro

CONSEJO EDITORIAL:

Prof. Dr. R. Abrams (Baltimore, EE.UU.)
Dra. Paola Beltri Orta
Prof. Dr. Jorge Dávila
Dra. Rosa Echániz Valiente
Dra. Pilar Echeverría Lecuona
Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza
Dr. Miguel Facal García

Profa. Dra. Isabel González Márquez
Profa. Dra. Encarnación González Rodríguez
Dra. Felisa Muñoz Plaza
Profa. Dra. M^a Jesús Ostos Garrido
Profa. Dra. M^a Angustias Peñalver Sánchez
Prof. Dr. Saul Rotberg (México)
Dr. Miguel Ángel Trejo Jiménez

Directores de Sección:

Profa. Dra. Elena Barbería Leache (*Información Universidad*)
Dr. Angel Bellet Cubells (*Archivos de la SEOP*)
Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza (*Resúmenes bibliográficos*)
Prof. Dr. Carlos García Ballesta (*Artículos seleccionados*)
Profa. Dra. Cinta Manrique Morá (*Novedades editoriales*)
Profa. Dra. Asunción Mendoza Mendoza (*Resúmenes de tesis*)
Dra. Patricia Gatón Hernández (*Informaciones Internet*)

Junta Directiva de la SEOP:

Presidente: Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada
Vicepresidente: Dr. Miguel Hernández Juyol
Secretaria: Dra. Filo Estrela Sanchís
Tesorero: Dr. Luis Bellet Dalmau
Vocales: Dra. Marián Peñalver Sánchez
Dr. José del Piñal Matorras
Dra. Eva María Martínez Pérez

COMISIÓN CIENTÍFICA:

Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza
Profa. Dra. Asunción Mendoza Mendoza
Dra. Encarnación Rodríguez Rodríguez

INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN: ARÁN EDICIONES, S.L.

C/ Castelló, 128, 1.º - 28006 MADRID

© Copyright 2007. Sociedad Española de Odontopediatría. ARÁN EDICIONES, S.L. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright. Publicación cuatrimestral con 3 números al año.

Tarifa suscripción anual: Odontólogos/Estomatólogos: 66 €; Organismos y Empresas: 86 €; Países zona Euro: 230 €; Resto de países: 312 €. Ejemplar suelto: 29 €.

Suscripciones: ARÁN EDICIONES, S.L. Castelló, 128 - Telf.: 91 782 00 34 - Fax: 91 561 57 87 - 28006 MADRID.

e-mail: suscripc@grupoaran.com.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA se distribuye de forma gratuita a todos los miembros de la Sociedad Española de Odontopediatría.

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido en trámite. ISSN: 1133-5181.

Depósito Legal: V-1389-1994.

ARÁN EDICIONES, S.L.

28006 MADRID - Castelló, 128, 1.º - Telf.: 91 782 00 35 - Fax: 91 561 57 87

08021 BARCELONA - Muntaner, 270, 4.º A - Telf.: 93 201 69 00 - Fax: 93 201 70 28

e-mail: edita@grupoaran.com - <http://www.grupoaran.com>

Usted podría pensar que todos los productos dentales son iguales.



Pero la realidad es que cada vez hay más sorpresas desagradables.



Por lo tanto, ¿Por qué no apuesta sobre seguro?

El campo de la tecnología dental se ha visto invadido en estos últimos tiempos por más y más copias piratas de productos de marcas de alta calidad. El problema es que bajo una apariencia original hay un producto que no lo es.

Fieles a nuestro compromiso con la calidad, 3M ESPE, junto con nuestros Distribuidores Certificados, decidimos desde el principio combatir la piratería de productos y establecer nuevos estándares de calidad bajo el programa "Cuestión de Confianza".

Este logo le asegura el 100 % de confianza. Allí donde usted lo vea puede estar tranquilo que está adquiriendo los productos originales, de alta calidad, de 3M ESPE.

Puede encontrar la lista completa de distribuidores certificados en:

www.3MESPE.com/es

3M ESPE

Distribuidor Certificado



Odontología Pediátrica

SUMARIO

Volumen 15 · Número 1 · 2007

■ EDITORIAL

P. Planells..... 1

■ ORIGINAL

BRUXISMO EN LA INFANCIA. ESTUDIO CLÍNICO

M. Miegimolle Herrero, C. Miegimolle García, P. Planells del Pozo 3

■ COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

XXIX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

DE ODONTOPEDIATRÍA 11

COMUNICACIONES ORALES 13

COMUNICACIONES PÓSTERS 26

■ INFORMACIÓN UNIVERSIDAD..... 34

■ NOTICIAS SEOP..... 37



Estimados compañeros:

Con motivo de la demanda habitual de información a la Sociedad Española de Odontopediatría sobre clínicas odontopediátricas en distintas localizaciones, estimamos necesaria una actualización de la base de datos que manejamos para tal finalidad.

Muchas de las direcciones que tenemos registradas corresponden a domicilios particulares que no resultan útiles para remitirlos a aquellos pacientes que solicitan direcciones de odontopediatras localizados en determinadas zonas. Igualmente, algunas de estas direcciones han cambiado sin que tengamos constancia de ello.

Con este motivo, y para poder ofrecer un mejor servicio, solicitamos tu colaboración: rellena el formulario adjunto con la letra clara y remítelo a la secretaría técnica de la sociedad (C/ Alcalá, 79-2º - 28009 Madrid).

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Nombre y apellidos:

Dirección: Teléfono:

Población: Código postal: Provincia:

Dirección clínica:

Teléfono: ¿Es clínica de práctica exclusivamente odontopediátrica? SÍ NO

Población: Código postal: Provincia:

e-mail:

ACTUALIZACIÓN DATOS BANCARIOS:

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

BANCO/CAJA

DIRECCIÓN POBLACIÓN C.P.

TITULAR DE LA CUENTA

CÓDIGO C/C.: BANCO SUCURSAL D.C. N.º CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por

Les saluda atentamente,

(Firma)

de

de 20

Remitir a: Secretaría técnica SEOP - c/ Alcalá, 79-2º - 28009 Madrid



Odontología Pediátrica

S U M M A R Y

Volume 15 · No. 1 · 2007

■ EDITORIAL	
<i>P. Planells</i>	1
■ ORIGINAL	
PAEDIATRIC BRUXISM. A CLINICAL STUDY	
<i>M. Miegimolle Herrero, C. Miegimolle García, P. Planells del Pozo</i>	3
■ ORAL AND POSTERS COMMUNICATIONS	
XXIX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA	
DE ODONTOPEDIATRÍA.....	11
ORAL COMMUNICATIONS	13
POSTERS COMMUNICATIONS	26
■ UNIVERSITY INFORMATION	34
■ SEOP NEWS	37

Cuando ellos sonríen usted también sonríe



La Sociedad Española de Ondontopediatria conoce 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 estos folletos, de manera que el coste sea lo más ventajoso posible. Selladores, Ortodoncia y Caries del Biberón serán los temas que publicaremos.

Si estás interesado en hacer un pedido de estos folletos, ponte en contacto telefónico solicitando el tema y el número que desearías adquirir con:

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

Nombre DNI o CIF

Apellidos

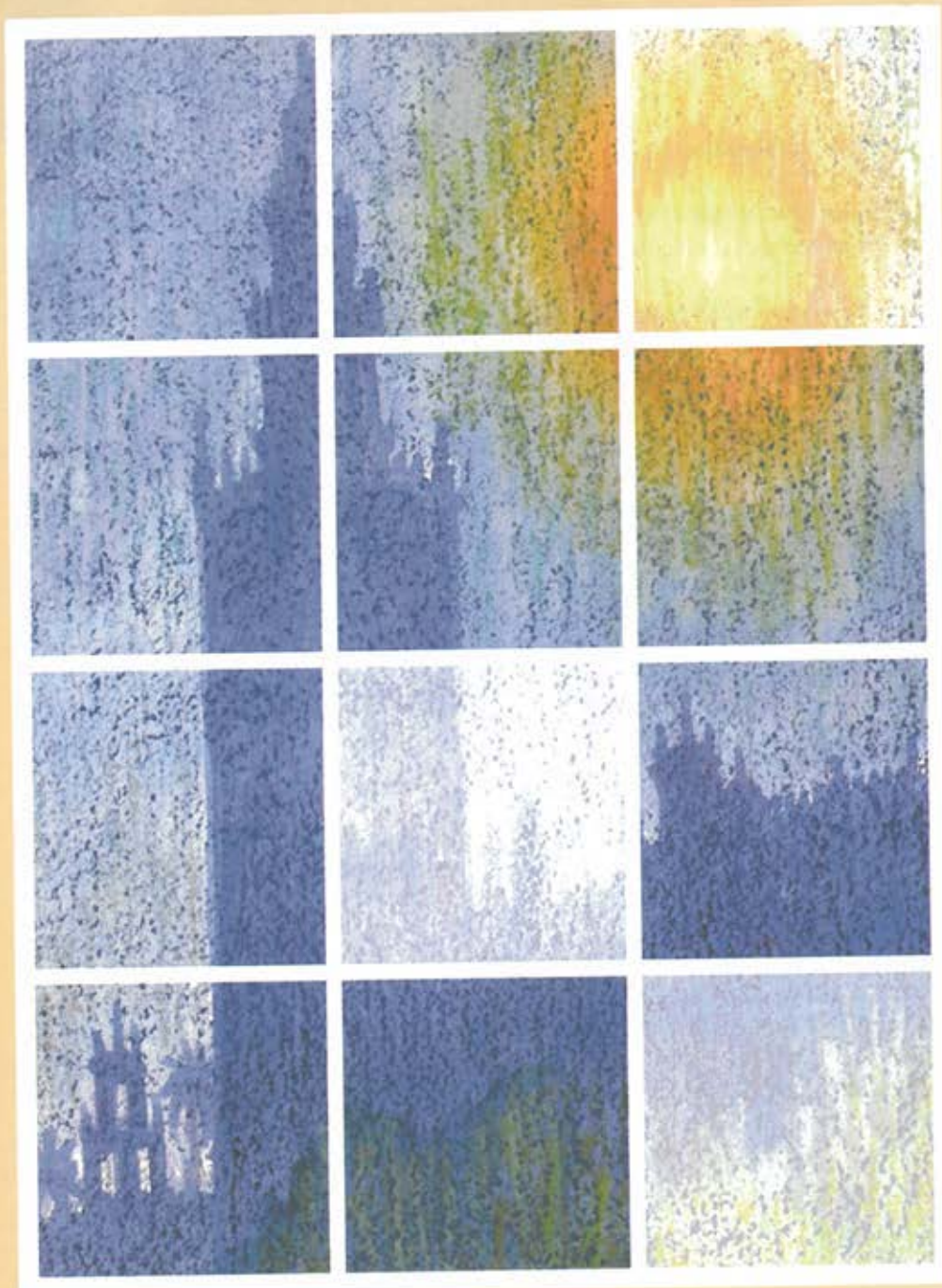
Dirección Teléfono

Población CP Provincia

ORTODONCIA N.º CARIES DEL BIBERÓN N.º

SELLADORES N.º OBTURACIONES (invisibles) N.º

RADIOLOGÍA N.º



XXIX REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA
SEVILLA, 24, 25 y 26 de Mayo de 2007

presentación



Querido/a Compañero/a:

En nombre del Comité Organizador me dirijo a ti, para darte la bienvenida a la XXIX Reunión de la Sociedad Española de Odontopediatría en Sevilla.

Hemos puesto toda nuestra ilusión en poderos ofrecer unos días mágicos y especiales durante vuestra estancia entre nosotros, no sólo por los atractivos monumentales, gastronómicos y culturales de nuestra ciudad, sino también por el variado programa científico con la participación de eminentes profesionales del ámbito nacional e internacional.

La Reunión dará comienzo el 24 de Mayo con el Curso "Tratamiento Periodontal en Odontopediatría", impartido por el Prof. Edwin S. Rosenberg.

El viernes día 25, se impartirá el Curso "Tratamiento Temprano de la Maloclusión", dictado por el Prof. E. Solano Reina, a continuación está previsto realizar el tercer Curso de Odontopediatría en niños con necesidades especiales, que lo dictará el Prof. Luc Martens, terminando el sábado, día 26 con el Curso "Odontología Restauradora y Cosmética en el Frente Anterior" siendo el ponente el Dr. Lorenzo Vanini.

Como podréis observar hemos pretendido dar un contenido multidisciplinar a nuestra reunión a través de la ortodoncia, la periodoncia y la restauradora con un enfoque esencialmente estético.

Tenemos previsto un ameno y divertido programa social para vosotros y vuestros acompañantes. El cóctail de bienvenida tendrá lugar en los Reales Alcázares, y la cena de clausura se realizará en el cortijo andaluz "Hacienda La Boticaria" donde espero despedirme de vosotros deseando que estos días hayan sido inolvidables para todos.

Recibe un afectuoso saludo en nombre del Comité Organizador.


Fdo.: Asunción Mendoza Mendoza
Presidenta del Comité Organizador
XXIX REUNIÓN ANUAL SEOP



EL JEFE DE LA CASA DE S. M. EL REY

000/07

SS.MM. los Reyes, accediendo a la petición que tan amablemente les ha sido formulada, han tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del "XXIX CONGRESO NACIONAL DE ODONTOPEDIATRÍA".
que tendrán lugar en Sevilla los días 24, 25 y 26 de Mayo de 2007.

Lo que me complace participarle para su
conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 2007

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑORA PRESIDENTA DE LA XXIX REUNIÓN DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

comité de honor

PRESIDENCIA DE HONOR

S.S.MM. los Reyes
(En trámite)

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. Manuel Chávez González
PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Excmo. Sr. D. Alfredo Sánchez Motenseirín
ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

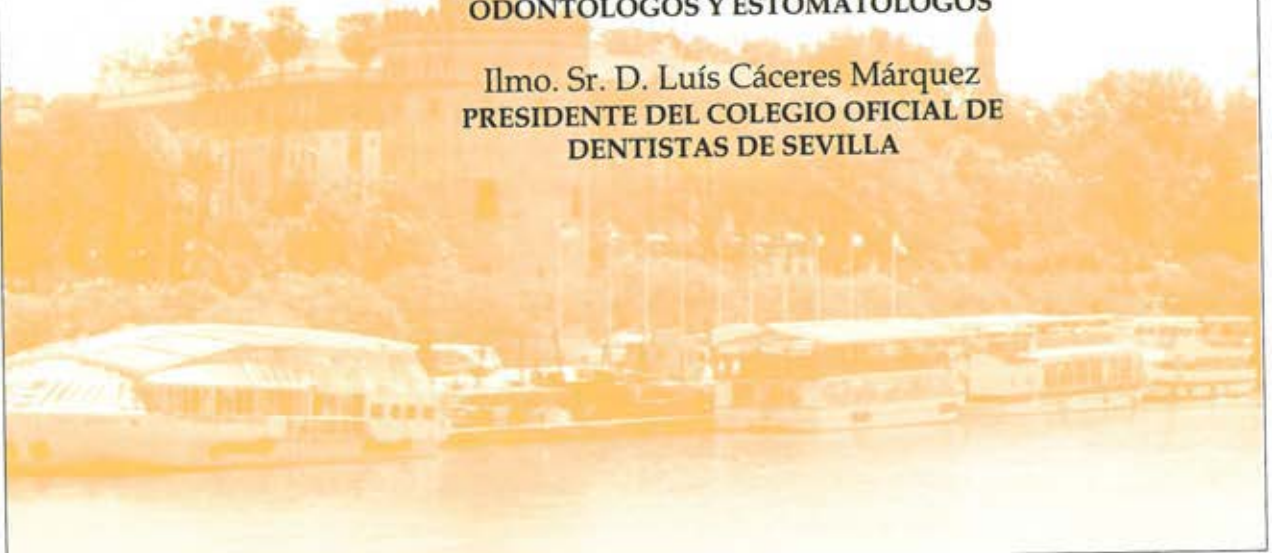
Excma. Sra. D^a Cándida Martínez López
CONSEJERA DE EDUCACIÓN

Excmo. Sr. D. Miguel Florencio Lora
RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Ilmo. Sr. D. José Luís Gutiérrez Pérez
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Ilmo. Sr. D. Alfonso Villa Vigil
PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE
ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS

Ilmo. Sr. D. Luís Cáceres Márquez
PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE
DENTISTAS DE SEVILLA



comité organizador

PRESIDENTA

Prof^a. Asunción Mendoza Mendoza

VICEPRESIDENTA

Dra. M^a del Carmen Machuca Portillo

SECRETARIO

Dr. Óscar González Martín

VOCALES

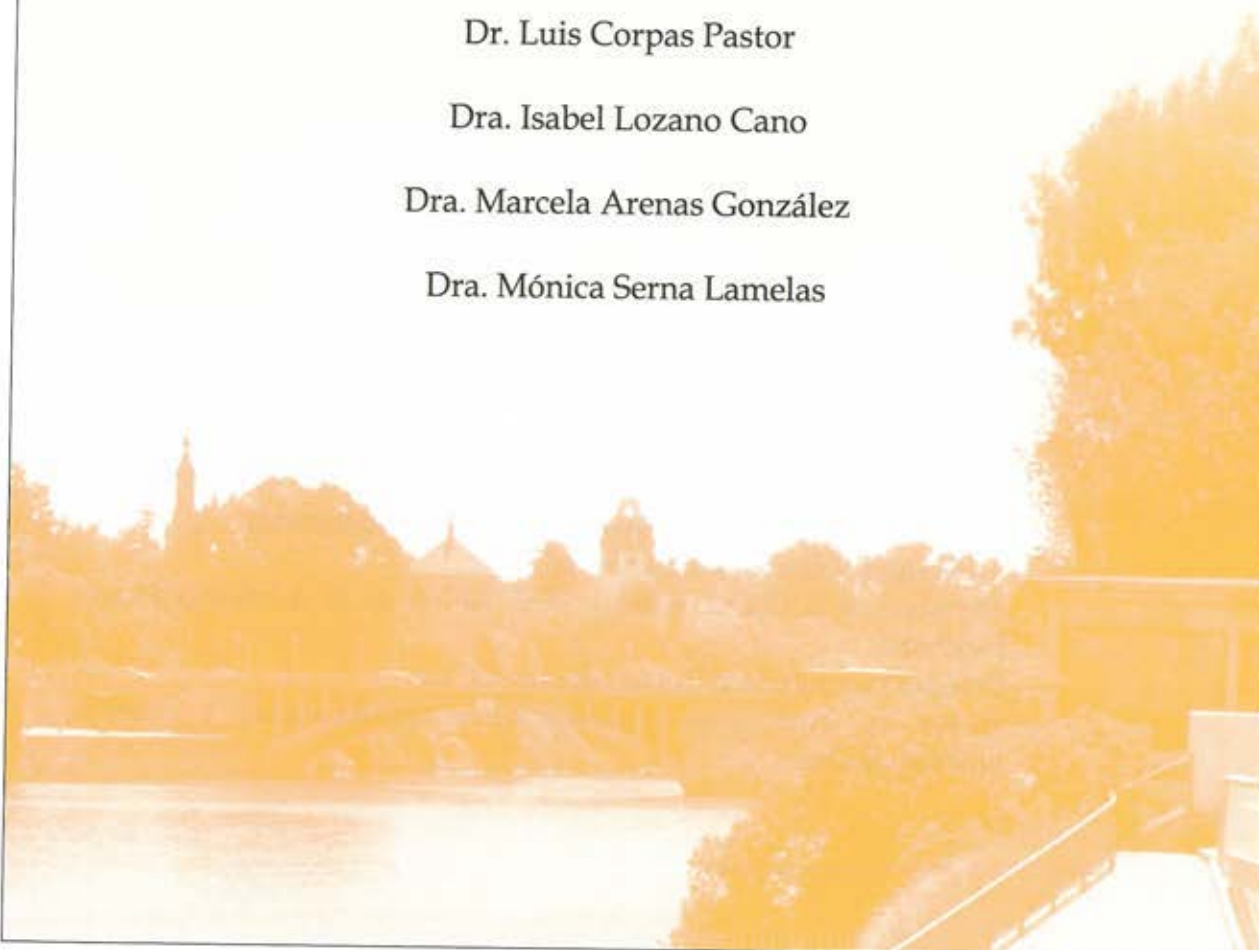
Dr. Borja Gómez Vidal

Dr. Luis Corpas Pastor

Dra. Isabel Lozano Cano

Dra. Marcela Arenas González

Dra. Mónica Serna Lamelas



XXIX Reunión Anual

Jueves 24 de Mayo (mañana y tarde)

TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE.

Prof. Edwin S. Rosenberg



Profesor Clínico de Periodoncia e Implantología.
Clinical Professor de Implantología y Clinical Professor en Ciencias Quirúrgicas.
Profesor Clínico de Periodoncia-New York College of Dentistry.
Profesor Clínico de Periodoncia y Prótesis - University of Southern California.
Saul Schluger Profesor de Periodoncia - University of Washington.
Director del Programa de Periodoncia y Prótesis-Periodontal University of Pennsylvania (hasta 2006).
Autor de numerosas publicaciones y conferencias internacionales en Periodoncia, Prótesis, Implantología y Oclusión.

Viernes 25 de Mayo (mañana)

TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA MALOCLUSIÓN.

Prof. E. Solano Reina



Catedrático de Ortodoncia y Odontopediatría de la Universidad de Sevilla.
Director del Master de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial.
Autor de la Técnica Multisequencial M.S.E.
Miembro de la SEDO, AAOO, EOS, AIO y de la Academia Pierre Fauchard.
Profesor visitante de la Universidad de UCLA.
Autor de numerosas publicaciones, conferencias y cursos internacionales.

XXIX Reunión Anual

Viernes 25 de Mayo (mañana)

ODONTOPEDIATRÍA EN NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

Prof. Luc Martens



Chairman del Departamento de Odontopediatria y atenciones especiales de la Universidad de Ghent-Belgium.
Expresidente de la Belgian Academy y de la Europea Academy of Pediatric Dentistry.
Presidente electo de la International Association for disability an oral health (IADH).
Autor de numerosas publicaciones, conferencias y cursos internacionales.

Sábado 26 de Mayo (mañana y tarde)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA Y COSMÉTICA EN EL FRENTE ANTERIOR.

Dr. Lorenzo Vanini



Doctor por la Universidad de Pavia.
Docente en la Universidad de Milán.
Docente en la Universidad de Roma.
Autor del libro "Il Restauro conservativo dei denti anterior".
Autor de numerosas publicaciones, conferencias y cursos internacionales.

comité científico

PRESIDENTA

Prof^a. Paloma Planells del Pozo

VOCALES

Prof^a. Elena Barbería Leache

Prof. Juan Ramón Boj Quesada

Prof^a. Monserrat Catalá Pizarro

Dra. M^a Filomena Estrela Sanchos

Prof. Carlos García Ballesta

Prof^a. Encarnación González Rodríguez

Prof^a. M^a Angustias Peñalver Sánchez

programa científico

tratamiento multidisciplinar
en odontopediatría

JUEVES 24 DE MAYO

09:00 - 09:30 Entrega de Documentación

"SALA ANDALUCÍA I" PRIMER CURSO: PERIODONCIA

09:30 - 11:30 Tratamiento Periodontal en el Adolescente.
Prof. Edwin S. Rosenberg

11:30 - 12:00 Pausa Café
12:00 - 14:00 Continuación del Curso
14:00 - 15:30 Almuerzo
15:30 - 18:00 Continuación del Curso
18:00 - 18:30 Pausa Café
18:30 - 20:00 Continuación del Curso

"SALA ANDALUCÍA II"

09:30 - 11:30 Comunicaciones libres
11:30 - 12:00 Pausa Café
12:00 - 14:00 Comunicaciones libres
14:00 - 15:30 Almuerzo
15:30 - 18:00 Comunicaciones libres
18:00 - 18:30 Pausa Café
18:30 - 19:00 Comunicaciones libres

19:00 - 19:30 Aplicación del Láser en Odontopediatría.
Prof. Juan R. Boj Quesada

21:00 h.
Inauguración Oficial
Cócktail
Los Reales Alcázares

programa científico

tratamiento multidisciplinar
en odontopediatría

VIERNES 25 DE MAYO

"SALA ANDALUCÍA I" SEGUNDO CURSO: ORTODONCIA

09:30 - 11:30	Tratamiento Temprano de la Maloclusión. <i>Prof. Enrique Solano Reina</i>
11:30 - 12:00	Pausa Café
12:00 - 14:00	Continuación del Curso
14:00 - 15:30	Almuerzo

"SALA ANDALUCÍA I" TERCER CURSO: PACIENTES ESPECIALES

15:30 - 18:00	Odontopediatría en Niños con Necesidades Especiales. <i>Prof. Luc Martens</i>
18:00 - 18:30	Pausa Café
18:30 - 20:00	Continuación del Curso

"SALA ANDALUCÍA II"

15:30 - 18:00	Comunicaciones Libres
18:00 - 20:00	Asamblea General de la SEOP

"HALL"

15:30 - 18:00	Exposición de Póster
---------------	----------------------

programa científico

tratamiento multidisciplinar
en odontopediatría

SÁBADO 26 DE MAYO

"SALA ANDALUCÍA I" CUARTO CURSO: ESTÉTICA DENTAL

09:30 - 11:30	Odontología Conservadora y Cosmética en el Frente Anterior. <i>Dr. Lorenzo Vanini</i>
11:30 - 12:00	Pausa Café
12:00 - 14:00	Continuación del Curso
14:00 - 15:30	Almuerzo
15:30 - 18:00	Continuación del Curso
18:00 - 18:30	Pausa Café
18:30 - 20:00	Continuación del Curso

"SALA ANDALUCÍA II" CURSO PARA HIGIENISTAS EN ODONTOPEDIATRÍA

09:30 - 11:30	Procedimientos Clínicos en Odontopediatría.
11:30 - 12:00	Pausa Café
12:00 - 14:00	Continuación del Curso

21:30 h.

Cena de Gala

Hotel Hacienda La Boticaria

actos sociales y acompañantes

día 24, Jueves. Cóctail Inaugural (21:00 h.)
"Reales Alcázares"

día 25, Viernes. Libre
"Discoteca"

día 26, Sábado. Cena de Gala (21:30 h.)
Cortijo Andaluz "Hotel Hacienda La Boticaria"
Salida del Hotel en autobús

Programa de Acompañantes

Día 24, Jueves
Cóctail de bienvenida. "Visita guiada a los Reales Alcázares."

día 25, Viernes
Visita a la Ciudad
Salida del hotel a las 10:00 h. En autobús con guía oficial para visitar la Catedral, el Barrio Santa Cruz y la Plaza de toros de la Maestranza.
Regreso al Hotel

día 26, Sábado
Cena de Gala. "Hotel Hacienda La Boticaria"
Excursión a Jerez (opcional)
Salida del hotel en autobús para visitar una de las afamadas bodegas y degustar sus vinos. A continuación visitaremos la yeguada "Hierro del Bocado" y almuerzo en un restaurante.
Regreso al Hotel

información general

Sede de la Reunión

Hotel NH Centro de Convenciones
Av. Diego Martínez Barrio, 8
41013 Sevilla

Inscripciones

La cuota de inscripción al Congreso completo incluye la asistencia a todas las sesiones científicas del Congreso, la documentación, Cócktail de bienvenida, los cafés en las pausas y la cena de gala.

Las inscripciones al Congreso, así como el pago correspondiente, se pueden efectuar también on line, a través de la página web de la Reunión.

[Http://www.seop2007.com](http://www.seop2007.com)

[Http://www.viajes tavora.com](http://www.viajes tavora.com)

Cancelaciones

Las cancelaciones de las inscripciones deberán ser notificada por escrito a la Secretaría de la Reunión, y tendrá un gasto de 10% después del 31 de Marzo.

Las devoluciones se efectuarán una vez finalizada la Reunión.

información general

Exposición Comercial

Coincidiendo con la Reunión, tendrá lugar una exposición donde las casa comerciales dispondrán de espacio suficiente para la presentación de sus productos.

Traducción simultánea

Está prevista la traducción simultánea tanto en el Curso como en las sesiones del Congreso que lo necesiten.

Página Web

Para una información más actualizada consultar:
[Http://www.seop2007.com/](http://www.seop2007.com/)

Presentación de resúmenes para las comunicaciones libres, posters y casos clínicos:

1. Para la presentación de los resúmenes de las comunicaciones, casos clínicos o posters, es imprescindible estar inscrito en la reunión y ser miembro de la SEOP.
2. El texto original debe ser presentado por ordenador, con letra Times New Roman, tamaño 11, en formato Word y escrito en español.

información general

3. Primero irá el título del resumen con letra mayúscula. A continuación los autores, poniendo sólo apellidos y la inicial del nombre. Las comunicaciones de varios autores deben ser presentadas por el primer firmante. Por último irá el resumen, que será lo más informativo posible en cuanto al propósito del trabajo, material, método, resultado y conclusiones.
4. El resumen deberá enviarse por correo postal en un CD, junto con una fotografía tamaño carnet de la persona que presentará el trabajo, de un tamaño aproximado de 354 x 472 píxeles.

Además, deberán indicar los siguientes datos:

1. Correo electrónico de la persona que presentará el trabajo.
2. Si el resumen es para:
 - Comunicación oral
 - Póster
 - Caso clínico
3. Si es la primera comunicación.
5. No se darán por válidos los resúmenes enviados por fax.

información general

6. El tiempo de exposición de las comunicaciones orales será estrictamente de 8 minutos. Concluido el tiempo señalado se apagarán los medios audiovisuales.
7. Las comunicaciones se entregarán en la recepción de audiovisuales el día antes de la exposición grabada en CD y en Power Point para su video proyección a la hora indicada en el programa.
8. Los posters deberán tener como máximo de 0.95 de ancho x 1.50 de alto.
9. Fecha límite para la presentación de resúmenes:
31 de Marzo de 2007

Editorial

De nuevo un año más, nos encontramos en vísperas de una nueva Reunión Anual de la SEOP.

En esta ocasión, la Profa. Mendoza, presidenta del Comité Organizador, nos ha preparado un magnífico programa científico y social.

El programa científico lo componen un total de cuatro cursos. Comenzamos el jueves 24 de mayo, con un curso dictado por el Prof. Edwin S. Rosenberg, entre otras actividades destaca en su currículo la dirección del Programa de Periodoncia y Prótesis -*Periodontal University of Pennsylvania* (hasta 2006). El citado ponente dedicará la jornada de mañana y tarde a la exposición del tratamiento periodontal en el adolescente, sin duda uno de los aspectos más importantes de la patología oral durante esta etapa del ser humano.

El viernes 25 de mayo, el Prof. Solano, catedrático de Ortodoncia de la Universidad de Sevilla, dedicará la mañana a exponer las últimas novedades acerca del tratamiento temprano de la maloclusión, uno de los principales procedimientos terapéuticos realizados en la consulta de odontopediatría.

La tarde del mismo día será dedicada a realizar el que constituye el segundo curso promovido por la SEOP acerca del tratamiento odontopediátrico en el niño con necesidades especiales. Dicho curso es subvencionado gracias a los beneficios obtenidos por la venta del libro *Odontopediatría*, cuyos editores son los profesores Boj, Catalá García Ballesta y Mendoza.

En esta ocasión, el ponente es el Prof. Luc Martens. Entre otros aspectos de su currículo, destaca ser *chairman* del Departamento de Odontopediatría y Atención Especial de la Universidad de Ghent-Belgium y ex-presidente de la *Belgian Academy* y de la *European Academy of Pediatric Dentistry*, en la actualidad es Presidente electo de la *International Association for Disability and Oral Health* (IADH).

El sábado se desarrollará durante toda la jornada el curso dictado por el Dr. Lorenzo Vanini, que versará sobre la estética del frente anterior. El citado ponente, docente de las Universidades de Milán y Roma y considerado en la actualidad como una de las más importantes figuras de la odontología cosmética mundial, aplicará sus conocimientos durante la etapa final del desarrollo del ser humano.

Paralelamente se desarrollarán el curso para higienistas dentales y la lectura y defensa de comunicaciones orales y pósters.

Como siempre, uno de los momentos más esperados en nuestras Reuniones Anuales lo constituye la entrega de los premios instituidos por la SEOP. Es sin duda el nerviosis-

mo y la ilusión de nuestros jóvenes participantes lo que genera un momento único de participación común entre los miembros de nuestra sociedad.

Durante la XXIX Reunión Anual de la SEOP, se entregarán los siguientes premios:

- Premio *Odontología Pediátrica* a la mejor publicación científica.
- Premio *M^a Luisa Gozalvo* a la mejor comunicación oral.
- Premio *Juan Pedro Moreno* al mejor póster.
- Premio a la mejor comunicación presentada por primera vez en la SEOP.

Desde estas líneas, deseamos un feliz desarrollo de la XXIX Reunión Anual de nuestra sociedad, esperando que en ella quede reflejado el enorme esfuerzo que los diferentes comités han venido desarrollando durante estos años.

P. Planells

Directora de la Revista



**Sociedad Española
de Odontopediatría**

SOLICITUD DE ADMISIÓN COMO MIEMBRO ORDINARIO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Secretaría técnica

C/ Alcalá, 79-2

28009 MADRID

e-mail:

edontopediatria@hotmail.com

DR./DRA.

DOMICILIO PARTICULAR:

CÓDIGO POSTAL: CIUDAD:

TELF.: FAX:

COLEGIADO EN: N.º DE COLEGIADO:

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

DR./DRA.

DR./DRA.

Firma

Firma

Firmado en

a

de

de 2006



DATOS PERSONALES

NOMBRE:
1.º APELLIDO FECHA NACIMIENTO
2.º APELLIDO DNI o CIF:
DIRECCIÓN PARTICULAR:
CÓDIGO CIUDAD TELF.

PRÁCTICA PÚBLICA

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

PRÁCTICA PRIVADA

COLEGIADO: N.º
DIRECCIÓN CLÍNICA 1.º:
CÓDIGO CIUDAD TELF.
DIRECCIÓN CLÍNICA 2.º:
CÓDIGO CIUDAD TELF.
¿QUÉ TANTO POR CIENTO DE SU PRÁCTICA DIARIA DEDICA A LA ODONTOPEDIATRÍA?

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO:

CURRÍCULUM

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

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL BANCO:
DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL:
N.º DE CUENTA:
CUOTA: 60 €

Firmado en

a

de 2006



Bruxismo en la infancia. Estudio clínico

M. MIEGIMOLLE HERRERO, C. MIEGIMOLLE GARCÍA¹, P. PLANELLS DEL POZO

Departamentos de Estomatología IV y ¹Estomatología I. Facultad de Odontología. Universidad Complutense. Madrid

RESUMEN

Introducción: En las últimas décadas se ha comprobado un aumento de la incidencia de la patología bruxista en la población infantil, justificándose por el aumento de la tensión psíquica y la competitividad a las que se encuentra sometida la sociedad actual en general, y el niño en particular.

Objetivo: Se realizó el siguiente estudio con objeto de conocer la presencia o ausencia de características clínicas del bruxismo en la infancia.

Material y método: Se basa en una investigación longitudinal de 101 niños de edades comprendidas entre los 4 y 14 años de edad. La muestra se constituyó por un grupo estudio de 50 casos en comparación con un grupo control de 51 participantes. La recogida de datos se plasmó en una historia clínica idónea diseñada para la investigación.

Resultados: Los resultados mostraron asociación significativa entre la presencia de la parafunción y el momento del día en que se realizaba (diurnos el 42,8% de los apretadores y nocturno el 93,1% de los rechinadores) ($p = 0,001$), la presencia de ciertos antecedentes médicos otorrinolaringológicos ($p = 0,027$) así como de trastornos de etiología nerviosa ($p = 0,016$).

Conclusión: Serían necesarios posteriores estudios longitudinales que ayudaran a la confirmación de los hallazgos obtenidos en el presente estudio.

PALABRAS CLAVE: Bruxismo. Parafunción. Disfunción temporomandibular. Disfunción craneomandibular.

ABSTRACT

Introduction: In the last decades, it has been proved an increase of incidence about bruxism in children population. It has been justified about the increase of psychic tension and competence in the actual society, especially in children population.

Objective: The aim of this study was to know the presence or absence of clinic features of bruxism in the infant period.

Material and method: It is based on a longitudinal study of 101 children, aged among 4 and 14 years, whose aim is to know the clinic features of bruxism pathology in children from 50 cases compared with 51 controls. Data collection was captured in a suitable questionnaire and clinical examination designed for the investigation.

Results: Results showed a significant association with the moment in day in which it was made ($p = 0,001$) and the presence of certain medical otorhinolaryngological antecedents ($p = 0,027$) as well as some disorders from a nervous aetiology ($p = 0,016$).

Conclusion: It would be necessary wide posterior longitudinal studies that help to the confirmation of the findings obtained in this present research.

KEY WORDS: Bruxism. Parafunction. Temporomandibular disorder. Craneomandibular disorder.

INTRODUCCIÓN

El periodo comprendido entre la finalización de la erupción de la dentición temporal (entre 24 y 36 meses) hasta que comienza la etapa de recambio dentario es relativamente breve. Sin embargo, el mantenimiento de la integridad de la dentición temporal es fundamental, tanto para el correcto desarrollo del aparato estomatognático, como para el establecimiento de una oclusión funcional, de suma importancia durante esta etapa, en la que una correcta masticación debe cubrir los grandes

requerimientos nutricionales y energéticos necesarios para un adecuado crecimiento somático (1).

La palabra bruxismo proviene del griego *brychein*, que significa "apretar los dientes". El primer investigador en describir esta patología fue Karolyi (1), en 1901 denominando a esta entidad nosológica "neuralgia traumática". En 1931, Fröhman fue el primero en introducir el término bruxismo, en lugar de bruxomanía (2). Los autores germanos prefieren referirse a él como "parafunción" (3), término acuñado por Drum en 1962 (4) (Fig. 1).



Fig. 1.

En 1981, Arnold (5) refiere que el bruxismo puede aparecer en la infancia al erupcionar los incisivos centrales inferiores temporales, no siendo necesaria la presencia en boca de los incisivos centrales superiores, ya que se han descrito casos de pacientes infantiles en los que el apretamiento se realizaba únicamente a expensas de los incisivos inferiores contra el rodete gingival superior, provocando su laceración; aunque este tipo de patología no pueda ser calificada estrictamente como bruxismo, debemos reparar, en opinión del autor, en que contiene elementos constituyentes del mismo. Sin embargo, otros investigadores opinan que para que se diagnostique a un niño como bruxómano deben estar erupcionados los dientes antagonistas.

Según Peterson (6) y Martín Díaz (7), la valoración de la incidencia y prevalencia del bruxismo es difícil de establecer, puesto que sus índices epidemiológicos varían en función de los siguientes factores: diseño del estudio y los diferentes modelos de interrogatorios utilizados, las variables de la población estudiada, las diferentes definiciones empleadas y los criterios y métodos diagnóstico-clínicos empleados.

La principal limitación de la mayoría de los estudios epidemiológicos en la infancia es que dependen de la propia manifestación de los niños acerca de su apretamiento o rechinar dentario, de evidente dificultad en la población infantil, lo cual supone un considerable sesgo en la técnica. En el mismo sentido se encuentran las variaciones en cuanto a prevalencia según los diferentes autores al basar el diagnóstico de bruxismo en la presencia o ausencia de facetas de desgaste dentarias (8) (Fig. 2).



Fig. 2.

De todo lo mencionado anteriormente nos da cuenta Peterson (6), que presenta un rango de incidencia de bruxismo que oscila entre 5,1 hasta 96% en los distintos estudios revisados por este autor.

Según Hachmann (9), los autores coinciden en:

—La elevada prevalencia del bruxismo en la infancia.

—El hábito puede desarrollarse a cualquier edad durante el crecimiento.

—Puede presentarse periódicamente a lo largo de la vida del individuo (10).

PACIENTES Y MÉTODO

La muestra estaba formada por niños/as seleccionados del conjunto de pacientes que acuden a consulta en el Centro de Salud "Los Cármenes", perteneciente a la Comunidad Autónoma de Madrid, y de los pacientes que acuden a tratamiento al Máster de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UCM.

El grupo control lo conforman niños exentos de patología bruxista y con un rango de edad, procedencia y sexo similar al grupo de trabajo.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

—*Criterios de inclusión del grupo de casos:* niños bruxistas con edades comprendidas entre 4-14 años, ambas incluidas. El criterio de inclusión en el grupo bruxista fue el diagnóstico del hábito parafuncional a través del cuestionario o anamnesis directa de los padres de los niños sospechosos de padecerlo. Se preguntaba a los padres si los niños apretaban y/o rechinaban los dientes. Las respuestas afirmativas eran computadas como tal y en las dudosas o negativas, eran instados a observarlos ellos mismos durante varios días.

—*Criterios de exclusión del grupo de casos:* niños diagnosticados de bruxismo con una o varias de las siguientes situaciones:

- Discapacidad física, psíquica o sensorial.
- Bajo nivel de cooperación/colaboración.
- Tratados previamente o en tratamiento actual con aparatología ortodóntica fija o removible.

—*Criterios de inclusión del grupo control:* niños entre 4 y 14 años exentos de antecedentes, o padecimiento actual de bruxismo.

—*Criterios de exclusión del grupo control:* niños no diagnosticados de bruxismo y con una o varias de las siguientes situaciones:

- Discapacidad física, psíquica o sensorial.
- Bajo nivel de cooperación/colaboración.
- Tratados o en tratamiento con aparatología ortodóntica fija o removible.
- Ausencias dentarias debidas a caries, traumatismos.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra para el estudio, se llevó a cabo de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente.

La totalidad de pacientes debió tener el correspondiente consentimiento informado.

La muestra estaba formada por un total de 101 niños de edades comprendidas entre los 4 y 14 años de edad. Del total, 51 niños eran bruxistas, divididos en 14 apretadores, 29 rechinadores y 8 que presentaban ambas modalidades de bruxismo. El grupo control estaba compuesto por 50 niños. La división entre las modalidades de bruxismo era la referida por los propios padres de los participantes en la investigación (Tabla I).

TABLA I

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL SEGÚN LA MODALIDAD DE PARAFUNCIÓN

		Frecuencia	Porcentaje
Control		50	49,5%
Casos	Apretamiento	14	13,9%
	Rechinamiento	29	28,7%
	Ambos	8	7,9%
Total		101	100,0%

RECOGIDA DE DATOS/REGISTROS

Para la recogida de datos se diseñó un protocolo de estudio donde se registraron los conceptos relativos a los diferentes parámetros de estudio, cumplimentada por un único examinador para todos los casos.

Mediante la ficha, se interrogó a los padres acerca de la presencia o ausencia del hábito bruxista y las características de la parafunción.

Creemos, como McGlynn (11), que la entrevista es perfectamente válida como primera aproximación al problema y quizás más valiosa que los signos y síntomas dentales, musculares y/o articulares que pueden ser anteriores a la parafunción, pueden obedecer a otra etiología, o aparecer y desaparecer a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

EDAD, SEXO Y TIPO DE BRUXISMO

La muestra final quedó constituida por 101 niños (53 varones y 48 mujeres) con edades comprendidas entre los

4 y 14 años de edad. De los 101 participantes, 50 fueron considerados como controles y, dentro de los bruxistas, la distribución fue de 14 apretadores, 29 rechinadores y 8 que presentaban ambas modalidades del bruxismo (Tabla II).

INFORMACIÓN ACERCA DE LA PARAFUNCIÓN

Se observó una relación estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre la modalidad de la parafunción desarrollada y el momento del día en que se realizaba. Así, los apretadores eran eminentemente diurnos, los rechinadores nocturnos y los que realizaban ambas modalidades no presentaban predilección por ningún momento del día (Tabla III).

Hemos observado una continuidad del hábito distribuida de la siguiente manera: el 92,8% de los apretadores, el 75,8% de los rechinadores y el 87,5% de los que presentaban ambas modalidades. La relación no alcanzó la significación estadística ($p = 0,563$).

Otras variables que no mostraron una relación significativa fueron la época del año en que se realizaba ($p = 0,640$), las posibles situaciones desencadenantes propuestas por los padres como estrés, catarros, enfados ($p = 0,201$), presencia de antecedentes bruxistas en la familia materna y paterna ($p = 0,625$), o el conocimiento de los padres acerca de la presencia de este hábito ($p = 0,081$).

Interrogados los padres acerca de si eran o no conscientes del hábito que realizaban sus hijos, el 92% respondía afirmativamente, siendo claramente más conscientes cuando los niños rechinaban frente a la modalidad de apretamiento (7,8%), sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0,081$) (Tabla IV).

Se investigó la posible influencia de la posición del niño durante el sueño en el desarrollo de hábitos bruxistas ($p = 0,344$).

SITUACIONES CONFLICTIVAS: PROBLEMAS ESCOLARES, FAMILIARES,...

Investigamos la influencia de ciertas situaciones conflictivas sobre el hábito bruxista. En cuanto a la situación conflictiva académica evaluada (repetir curso), no se ha observado una influencia significativa ($p = 0,650$). Con respecto a las situaciones familiares, tampoco se ha

TABLA II

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL SEGÚN EL SEXO Y LAS MODALIDADES BRUXISTAS

			Casos			Total	
			Controles	Apretamiento	Rechinamiento		Ambos
Sexo	Niños	n	22	11	15	5	53
		%	41,5	20,8	28,3	9,4	100,0
	Niñas	n	28	3	14	3	48
		%	58,3	6,3	29,2	6,3	100,0
Total	n	50	14	29	8	101	
	%	49,5	13,9	28,7	7,9	100,0	

TABLA III
RELACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DEL HÁBITO PARAFUNCIONAL Y EL MOMENTO DEL DÍA EN QUE SE LLEVA A CABO

			Modalidades de bruxismo			Total
			Apretamiento	Rechinamiento	Ambos	
<i>Momento del día en que se realiza el hábito</i>	Por el día	n	6	0	1	7
		%	85,7	0	14,3	100,0
	Por la noche	n	5	27	5	37
		%	13,5	73,0	13,5	100,0
	Siempre	n	3	2	2	7
		%	42,9	28,6	28,6	100,0
<i>Total</i>	n	14	29	8	51	
	%	27,5	56,9	15,7	100,0	

TABLA IV
RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO INFANTIL Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA POR PARTE DE LOS PADRES

			Modalidades de bruxismo			Total
			Apretamiento	Rechinamiento	Ambos	
<i>Conocimiento de los padres</i>	No	n	3	1	0	4
		%	75,0	25,0	0	100,0
	Sí	n	11	28	8	47
		%	23,4	59,6	17,0	100,0
<i>Total</i>	n	14	29	8	51	
	%	27,5	56,9	15,7	100,0	

observado relación significativa en cuanto al número de hermanos que tenían los pacientes ($p = 0,334$), no así con respecto al estado civil de sus padres, que se relacionó de manera significativa con la presencia de parafunción ($p = 0,02$).

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS PREVIOS

Con respecto a la realización de exodoncias dentales, el mayor porcentaje de dientes extraídos en toda la muestra correspondía a dientes temporales anteriores (22,7%), extraídos por erupción ectópica de los correspondientes dientes permanentes. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,167$).

Al evaluar la presencia/ausencia de obturaciones, tanto en dientes temporales como permanentes, los resultados mostraron que un 68,31% de la muestra se encontraba libre de restauraciones odontológicas (de este porcentaje, el 50% correspondía a los pacientes del grupo control, el 11% a los apretadores y el 29% a los rechinadores). No se observaron diferencias significativas entre bruxistas y controles ($p = 0,514$).

Sólo el 7,9% de la muestra estudiada presentaba coronas preformadas, la mitad de ellas situadas en el primer molar temporal y la otra mitad en el segundo molar temporal. La diferencia entre bruxistas y no bruxistas fue estadísticamente significativa ($p = 0,019$).

PRESENCIA DE OTROS HABITOS

La presencia de hábitos nocivos ha sido reconocida como desencadenante y/o agravante del bruxismo. El 80% manifestó tener algunos de estos hábitos tales como onicofagia, morder objetos, morderse los labios, etc. En el presente estudio, con respecto a la posible relación del bruxismo con estas parafunciones (succión digital, onicofagia, morder objetos, etc.), la relación no resultó estadísticamente significativa, aunque se constata un elevado porcentaje de bruxismo asociado a onicofagia (mayor del 50%) ($p = 0,792$) (Fig. 3).



Fig. 3.

ANTECEDENTES MÉDICOS

En la encuesta acerca de los antecedentes médicos de los participantes, se evaluó el impacto de la presencia de alergias y enfermedades en el territorio otorrinolaringológico. Con respecto a las alergias, los resultados no fueron significativos ($p = 0,367$).

En el territorio otorrinolaringológico, se recabó información acerca de una gran variedad de patologías referidas (amigdalitis, asma, sinusitis). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre bruxistas y controles, con un nivel de significación de $p = 0,027$ (Tabla V).

Un 25% de la muestra objeto de estudio presentaba trastornos nerviosos de diversa índole, todos ellos pertenecientes al grupo de bruxistas. Las diferencias entre casos y controles fueron estadísticamente significativas ($p = 0,016$).

DISCUSIÓN

EDAD, SEXO Y TIPO DE BRUXISMO

En la metodología de presente estudio, consideramos que, para obtener resultados fiables acerca los factores que influyen en la etiopatogenia de esta parafunción, el estudio debía comparar las variables con un grupo control que no presentara el hábito bruxista. Del conjunto de la muestra de 4-14 años, 51 participantes eran bruxistas y 50 fueron considerados como controles no bruxistas. Existe escasez de estudios sobre pacientes en edad infantil en los que esta parafunción se compare con un grupo control. Entre los que han realizado este tipo de

estudios de casos y controles se encuentra Menapace (12), quien evaluó las características morfo- y dentofaciales de su muestra formada por 35 bruxistas y 28 controles. Asimismo, Sari (13) evaluó la relación existente entre diferentes factores oclusales y el bruxismo en dentición mixta y permanente, evaluando 31 bruxistas y 181 niños sin bruxismo.

Weideman (14) investigó mediante un cuestionario una muestra de niños de 2 a 18 años, dividida en 77 bruxistas y 75 controles, en el que evaluaba la presencia de otras parafunciones asociadas al bruxismo.

Existe una gran variabilidad en las muestras de los estudios revisados con respecto a la edad de los sujetos participantes, desde rangos muy pequeños 1-7 años (15) hasta adolescentes de 15, 17 y 18 años (8,12,16-20).

Bernal (21) formó su muestra de 149 participantes por 70 niñas y 79 niños. No encontró correlación entre la edad y ninguna de las parafunciones estudiadas, entre ellas el bruxismo infantil.

Nilner (18) observó en su muestra de 440 niños de 7-14 años que tanto el apretamiento como el rechinar dentario presentaban una correlación negativa con la edad.

Con respecto a las variaciones del bruxismo con respecto al sexo, no hemos encontrado diferencias significativas al respecto, aunque se ha observado un mayor porcentaje de bruxismo en el sexo masculino. Similares resultados obtuvo Bernal (21) al no encontrar correlación significativa entre sexo y bruxismo infantil.

Shetty (22) observó en su muestra que el bruxismo era más prevalente en el sexo masculino, resultados coincidentes con nuestro estudio, y con el de Ozaqui (23), quien también observó una mayor prevalencia de bruxismo en el sexo masculino que en el femenino.

TABLA V

RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO BRUXISTA EN LA INFANCIA CON LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA EN EL TERRITORIO OTORRINOLARINGOLÓGICO

			Controles			Casos			Total
				Apretamiento	Rechinar	Ambos		Rechinar	
Patología ORL	No	n	38	9	15	3	65		
		%	58	13,8	23,1	4,6	100,0		
	Otitis	n	4	3	9	2	18		
		%	22,2	16,7	50,0	11,1	100,0		
	Adenoides	n	3	1	1	0	5		
		%	60,0	20,0	20,0	0	100,0		
	Amigdalitis	n	2	1	1	0	4		
		%	50,0	25,0	25,0	0	100,0		
	Asma	n	2	0	1	0	3		
		%	66,7	0	33,3	0	100,0		
	Sinusitis	n	1	0	0	2	3		
		%	33	0	0	66,7	100,0		
	Otras	n	0	0	2	1	3		
		%	0	0	66,7	33,3	100,0		
Total		n	50	14	29	8	101		
		%	49,5	13,9	28,7	7,9	100,0		

INFORMACIÓN ACERCA DE LA PARAFUNCIÓN

Al indagar acerca del momento del día en que se desarrolla el hábito, los resultados mostraron que los apretadores lo realizan de manera preferente durante el día y, por el contrario, los rechinadores son eminentemente nocturnos, todo ello confirmado de manera significativa.

La ausencia de estudios de esta variable concreta en la etapa infantil en la bibliografía consultada no nos permite establecer similitudes con los resultados hallados en nuestro estudio, aunque esta característica de la parafunción si está confirmada en sujetos adultos (24).

Los apretadores son más conscientes de su hábito que los rechinadores, como refleja mayoritariamente la literatura (24,25), contrariamente a lo que se observa en nuestro estudio. Hemos encontrado un elevado porcentaje acerca de la consciencia del hábito parafuncional por los padres, el 96,5% de los niños rechinadores, el 78% de los apretadores y el 100% de los que realizaban ambas modalidades. Pese a la consistencia del resultado, esta variable no alcanza el nivel requerido de significación estadística. Esto puede ser debido a dos causas: primera, que los que referían o no la consciencia del hábito eran los padres de los niños que, como tales, están pendientes de cambios o alteraciones surgidas en esta etapa infantil; y la segunda, que la presencia de ruidos asociados a la modalidad de rechinamiento favorece la consciencia de los padres acerca de la presencia de esta parafunción, ya que se manifiestan fundamentalmente durante el sueño, y suelen ser referido por ellos (26,27).

La presencia ininterrumpida del hábito en nuestro estudio se encuentra distribuida de la siguiente manera: el 92,8% de los apretadores, el 75,8% de los rechinadores y el 87,5% de los que presentaban ambas modalidades. Esta continuidad era referida por los padres, pero debería comprobarse mediante un estudio longitudinal a largo plazo. De este modo, Kieser (28) sí observó que, transcurridos 5 años de su primera evaluación de 150 niños bruxistas, sólo el 11% mantenía su hábito bruxista. Sin embargo, Egemarck-Eriksson (16), en su estudio longitudinal de 20 años de duración, observaron que la prevalencia de bruxismo, lejos de disminuir, aumentó, al contrario de lo que ocurría con el resto de las parafunciones estudiadas. En coincidencia con Egemarck, Magnusson (29) evaluó a niños bruxistas durante un periodo de seguimiento de 10 años, encontrando un aumento estadísticamente significativo tanto del rechinamiento como del apretamiento dentario. Otros autores (30) consideran que es un hábito transicional y que suele desaparecer cuando erupciona completamente la dentición permanente.

Se ha intentado dilucidar la posible influencia genética del bruxismo. En nuestro estudio, no encontramos valores estadísticamente significativos que apoyaran esta base, aunque el porcentaje de niños/as bruxistas con algún familiar de primer grado (padre, madre o hermano) que también padecía bruxismo ascendía al 70,5% de los casos. Lavigne (31) encontró un 20% de los niños bruxistas tiene un familiar bruxista. Abe (32) observó un mismo patrón familiar en un 20-35% de los bruxistas evaluados.

Michalowicz (10), en un estudio realizado acerca de gemelos, no encontró correlación estadística sobre la herencia en el bruxismo. Por otro lado, Olkinoura (33) sí encontró asociación estadísticamente significativa entre la genética (familiares de primer grado) y el bruxismo.

Otros estudios han intentado relacionar el desarrollo de bruxismo con la posición durante el sueño, Miyawaki (34) obtuvo resultados que mostraban que los sujetos bruxaban más cuando dormían boca arriba apoyando la espalda. También Phillips (35) y Okeson (36) observaron que los episodios de bruxismo aparecen con mayor frecuencia cuando el sueño se realiza en posición de decúbito supino. Nosotros no encontramos diferencias significativas entre bruxistas y controles que justifiquen esta relación con la posición durante el sueño.

PRESENCIA DE SITUACIONES CONFLICTIVAS FAMILIARES O ESCOLARES

Diversos estudios han intentado correlacionar la presencia de situaciones conflictivas que provocan un aumento de la tensión psíquica con la aparición y/o desarrollo del hábito bruxista.

Fernández Pérez (37) advierte del problema de esta teoría, ya que se basa en estudios correlacionales que no demuestran la relación causa-efecto e inducen a confundir la causa con la consecuencia.

En nuestra investigación, interrogamos a los padres acerca de posibles situaciones conflictivas en busca de su posible relación con la parafunción. De todas las variables estudiadas, ninguna se pudo relacionar de manera significativa con el bruxismo, salvo el estado civil de los padres de los participantes en el estudio.

Linqvist (38) observó una elevada frecuencia de alteraciones emocionales (tensión psíquica y desórdenes nerviosos) en los niños que presentaban facetas de desgaste parafuncionales en la muestra de niños evaluada, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Hemos encontrado diversos estudios que relacionan el tipo de vida y el aumento de la tensión psíquica y la presencia de este hábito (15,39-41), sin que se haya podido establecer una relación directa de causa-efecto.

En contraposición, Pierce (42) no encontró correlación significativa entre las mediciones electromiográficas del bruxismo nocturno y el nivel de tensión psíquica medida mediante cuestionarios de personalidad.

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS PREVIOS: EXTRACCIONES, PROTÉSICOS Y OBTURACIONES

Otro aspecto contemplado en nuestro estudio fue el de recabar información acerca de tratamientos dentales anteriores y su papel en el desencadenamiento del hábito. No encontramos ninguna relación significativa entre estas variables odontológicas y el hábito bruxista. Únicamente se constató, de manera estadísticamente significativa, que aquellos niños que habían portado aparatología ortodóntica removible presentaban una dis-

minución de su hábito bruxista. Esto pudo ser debido a la teoría de la neutralización oclusal, que postula que la equilibración de contactos mediante férula (en este caso, aparatología ortodóntica removible) mejora la actividad bruxística por anulación de contactos oclusales no deseados (24,43).

PRESENCIA DE OTROS HÁBITOS

La presencia de otros hábitos concomitantes ha sido relacionada como desencadenante y/o agravante del bruxismo. En nuestro estudio, observamos una asociación del bruxismo y onicofagia en el 50% de los casos. Kieser (28) obtuvo idéntico resultado al nuestro en su muestra de 150 niños bruxistas de 6-9 años, ya que el 50% de la muestra presentaba este hábito asociado al de onicofagia.

También se observó la concomitancia de otros hábitos orales (mordisqueo labial, mordisqueo de objetos, etc.) en los sujetos bruxistas en comparación con los controles, pero ninguna de estas relaciones resultó significativa. Widmalm (44) encontró una prevalencia de bruxismo puro del 3,4%, de bruxismo asociado a onicofagia un 2,9%, de bruxismo en conjunción con succión digital un 6,3%, y un 6,9% de bruxismo asociado a onicofagia y succión del pulgar. Weideman (14) encontró asociación estadística entre bruxistas y ciertas parafunciones orales como mordisqueo labial y sonambulismo. Gavish (45) también encontró una fuerte asociación estadística entre el bruxismo nocturno y diurno con los hábitos de onicofagia y mordisqueo de objetos.

Molina (30) encontró que la prevalencia de hábitos orales concomitantes era mayor en los sujetos bruxistas e incrementaban la severidad de la parafunción.

Esto sugiere que la presencia de estos hábitos orales asociados podría resultar en un incremento de la actividad de los músculos masticatorios que provocaría la aparición de un mayor número de signos y síntomas de la disfunción témporo-mandibular.

Esta elevada proporción de hábitos podría explicarse como una necesidad del aparato masticador para liberar el aumento de hiperactividad acumulada o bien como conducta repetitiva y estereotipada (46).

El área excéntrica donde bruxan habitualmente los rechinadores podría justificar cierto tipo de hábitos que precisan para su realización de posiciones mandibulares excéntricas (morder lápices, onicofagia, etc.).

ANTECEDENTES MÉDICOS

Principalmente se recabó información acerca de la patología centrada en el territorio otorrinolaringológico (otitis, vegetaciones, anginas, asma y sinusitis). Los resultados mostraron diferencias significativas entre casos y controles. También Ahmad (26) y Marks (47) reconocen la influencia del asma en el bruxismo.

Aunque Marks (47) encuentra que el 60% de los niños alérgicos presenta bruxismo, en nuestro estudio sólo el 6,8% de los rechinadores presentaba alergia, así como el 12,5% de los rechinaban y apretaban. Estos resultados no se acompañaron de diferencias estadísti-

camente significativas entre los grupos evaluados.

En opinión de Okeson (36), el bruxismo nocturno podría producirse debido a un estímulo reflejo del SNC, a causa del aumento de la presión negativa de la cavidad timpánica que se origina debido al edema alérgico intermitente de la mucosa de la trompa de Eustaquio. La necesidad de tragar en estos pacientes disminuye, con lo que tienden a realizar el apretamiento y/o rechinar dentario con el objetivo de mantener la trompa de Eustaquio sin edema.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación deducimos las siguientes conclusiones:

1. La muestra de niños bruxistas no tenía presencia de hábitos parafuncionales concomitantes de forma estadísticamente significativa en relación al grupo control.
2. En la muestra analizada en el presente estudio, entre las diferencias encontradas entre niños bruxistas apretadores y niños bruxistas rechinadores, destaca, de manera estadísticamente significativa, la siguiente: los rechinadores realizan esta parafunción principalmente por la noche, mientras que los apretadores la realizan en su mayoría por el día. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la continuidad del hábito, los factores desencadenantes del mismo, ni en los antecedentes familiares de esta parafunción.
3. Serían necesarios posteriores estudios longitudinales amplios que ayudaran a la confirmación de los hallazgos obtenidos en el presente estudio.

CORRESPONDENCIA:

Mónica Miegimolle Herrero
C/ San Francisco de Sales, 19, 12º D
28003 Madrid
e-mail: monica@miegimolle.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Karolyi M. Beobachtung über pyorrea alveolaris, osterrungar. Urtlschr Zahn 1901; 17: 279-83.
2. Fröhman BS. Applications of psychotherapy to dental problems. Dent Cosmos 1931; 73: 1117-22.
3. Marie MM, Pietwiekwick M. La bruxomanie: mémoires originiaux. Rev Stomat 1907; 14: 107-16.
4. Drum W. Parodontose als autodestruktions vorgang und hinweise für die prophylaxe. Berliner Artzbl 1958; 71: 300.
5. Arnold M. Bruxism and the occlusion. Dent Clin North Am 1981; 25: 395-407.
6. Peterson JE, Schneider PE. Oral habits. A behavioral approach. Pediatr Clin North Am 1991; 38: 1289-307.
7. Martín Díaz MD, Barbería E, Fernández Frías C, Tobal M, Martín E. Bruxismo (I): delimitación, prevalencia y modelos explicativos. Rev Vasca Odonto-Estomatol 1998; 8: 10-9.
8. Egermark Eriksson I. Prevalence of mandibular dysfunction and orofacial parafunction in 7, 11 and 15 years old Swedish children. Eur J Orthod 1981; 3: 163-72.

9. Hachmann A, Araujo E, Borba F, Nunes R. Efficacy of the nocturnal bite plate in the control of bruxism for 3 to 5 year old children. *J Clin Pediatr Dent* 1999; 24: 9-15.
10. Olkinoura M. A psychosomatic study of bruxism with emphasis on mental strain and familiar predisposition factors. *Proc Finn Dent Soc* 1972; 68: 110-23.
11. McGlynn FD, Cassisi JE, Diamond DL. Bruxism: A behavioral dentistry perspective. In: Daitzman RJ, editor. *Diagnosis and intervention in behavioral therapy and behavioral medicine*. New York: Springer; 1995. p. 28-87.
12. Menapacé SE, Rinchuse DJ, Zullo T, Shnorhokian H. The dentofacial morphology of bruxers versus non bruxers. *Angle Orthod* 1994; 64: 43-52.
13. Sari S, Sonmez H, Oray GO, Camdeviren H. Temporomandibular joint dysfunction and occlusion in the mixed and permanent dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1999; 24: 59-62.
14. Weideman C, Clark G, Bush D, Gornbein J, Yang-go F. The incidence of parasomnias in child versus non bruxers. *Ped Dent* 1996; 18: 456-60.
15. Monaco A, Ciamella NM, Marci MC, Pirro R, Giannoni M. The anxiety in bruxer child. A case-control study. *Minerva Stomatol* 2002; 51: 247-50.
16. Kirveskari P, Allen P, Jamsa T. Functional state of the stomatognathic system in 5, 10 and 15 year old children in southwestern Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1986; 82: 3-8.
17. Brandt D. Temporomandibular disorders and their association with morphologic malocclusion in children. In: Carlsson DS, Mc Namara JA Jr, Ribbens KA, editors. *Developmental aspects of temporomandibular joint disorders*. Michigan: Ann Arbor; 1985. p. 279-98.
18. Nilner M. Functional disturbances and diseases of the stomatognathic system. A cross sectional study. *J Pedod* 1986; 10: 211-38.
19. Nilner M, Lassing SA. Prevalence of functional disturbances and diseases of the stomatognathic system in 15-18 years old. *Swed Dent J* 1981; 5: 189-98.
20. Egemark Eriksson I, Ingervall B. Anomalies of occlusion predisposing to occlusal interference in children. *Angle Orthod* 1982; 52: 293-9.
21. Bernal M, Tsamtouris AL. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in 3 to 5 year old children. *J Pedod* 1986; 10: 127-40.
22. Shetty SR, Munshi AK. Oral habits in children: A prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1998; 16: 61-6.
23. Ozaki M, Ishii K, Ozaki Y, Hayashida H, Motowaka W. Psychosomatic study on the relation between oral habits and personality characteristics of the children in a mountain village. *Shoni Shikagaku Zasshi* 1990; 28: 699-709.
24. Ramfjörd SP, Ash MM. *Oclusión*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1972.
25. Dawson PE. *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales*. Barcelona: Salvat; 1991.
26. Ahmad R. Bruxism in children. *J Pedod* 1986; 10: 105-26.
27. Laffond A, Pradies GM, Planells P, Suárez MJ. Bruxismo en pacientes pediátricos: actualización y un caso clínico. *Gac Dent* 1997; 76: 66-77.
28. Kieser JA, Groeneveld HT. Relationship between juvenile bruxing and craniomandibular dysfunction. *J Oral Rehab* 1998; 25: 662-5.
29. Magnusson T, Carlsson GE, Egemark I. Changes in subjective symptoms of craniomandibular disorders in children and adolescents during a 10 year period. *J Orofac Pain* 1993; 7: 6-82.
30. Molina OF, dos Santos J, Mazzetto M, Nelson SJ, Nowlin T, Mainieri ET. Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: A comparison study by severity of bruxism. *Cranio* 2001; 19: 114-22.
31. Lavigne GJ, Montplaisir JV. Bruxism: Epidemiology, diagnosis, pathophysiology and pharmacology. *Orofac Pain Temporomandib Disord* 1995; 23: 387-404.
32. Abe K, Shimakawa M. Genetic and developmental aspects of sleep talking and teethgrinding. *Acta Odontol Scand* 1974; 32: 291-356.
33. Michalowicz BS, Pihlstrom BL, Hodges JS, Bouchard TJ. No heritability of temporomandibular joint signs and symptoms. *J Dent Res* 2000; 79: 1573-8.
34. Miyawaki S, Lavigne GJ, Guitard F, Montplaisir JY, Kato T. Association between sleep bruxism, swallowing related, laryngula movement, and sleep positions. *Sleep* 2003; 26: 461-5.
35. Phillips BA, Okeson J, Paesani D, Gilmore R. Effect of sleep position on sleep apnea and parafunctional activity. *Chest* 1986; 90: 424-9.
36. Okeson JP, Phillips BA, Berry DTR, Cook Y, Paesani D, Galante J. Nocturnal bruxing events in healthy geriatric subjects. *J Oral Rehab* 1990; 17: 411-8.
37. Fernández Pérez A, Fernández Parra A. Teorías oclusales y psicológicas del bruxismo. Parte 2. *Rev Eur Odonto-Estomatol* 1995; 7: 99-104.
38. Lindqvist B. Bruxism in twins. *Acta Odontol Scand* 1974; 32: 177-87.
39. Lindqvist B. Bruxism and emotional disturbance. *Odont Revy* 1972; 23: 231-42.
40. Restrepo CC, Álvarez E, Jaramillo C, Vélez C, Valencia I. Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. *J Oral Rehab* 2001; 28: 354-60.
41. Kampe TH, Edman G, Molin C. Personality traits of adolescents with intact and restored dentitions. *Acta Odontol Scand* 1986; 44: 23-30.
42. Pierce CJ, Chrisman K, Bennet ME, Close JM. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. *J Orofac Pain* 1995; 9: 51-6.
43. Okeson JP. *Tratamiento de la oclusión y afecciones temporomandibulares*. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
44. Widmalm SE, Christiansen RL, Gunn SM. Oral parafunctions as temporomandibular disorder risk factor in children. *J Cranio-mandib Prac* 1995; 13: 242-6.
45. Gavish A, Halachmi E, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehab* 2000; 27: 22-32.
46. Funch DP, Gale EN. Factors associated with nocturnal bruxism treatment. *J Behaviour Med* 1980; 3: 385-97.
47. Marks MB. Bruxism in allergic children. *Am J Orthod* 1980; 77: 48-59.

E.A.P.D. European Academy of Paediatric Dentistry

Application Form for Membership

Date of Application - - 20...

Last Name..... First Names.....

Title Sex: Male Female

Address Degrees

.....

..... Telephone (Office)

Country Postal Code.....(Home)

Fax

Details of Specialist Practice:

Please designate the distribution that best describes your work

University: Yes No Percentage of time at University %

Didactic Teaching % Research % Clinical %

Academic Statusor Postgraduate Student Yes

Hospital: Yes No Percentage of time at Hospital %

Hospital Teaching % Research % Clinical %

Practice: Yes No Percentage of time in Practice %

Type: Principal Associate Other

Public Health: Yes No Percentage of time as Public Health Dental Officer %

Clinic % Administration % Research %

Areas of Special Clinical Interest

Areas of Research Interest



SPECIALTY TRAINING IN PAEDIATRIC DENTISTRY

Please give details of the training you have received in Paediatric Dentistry. Specifically please give the dates of attendance for the program you have completed. Please attach a copy of the certificate/diploma/degree qualifying you as a specialist in Paediatric Dentistry in your country.

Training Program:

dates attended to

Any Other Courses in Paediatric Dentistry Attended:

.....

.....

CERTIFICATE or ACCREDITATION IN PAEDIATRIC DENTISTRY

date awarded by whom

This application must be supported by two ACTIVE members of the European Academy of Paediatric Dentistry. Please have two members counter sign below to support your membership application. The completed form should then be given to the Counsellor for your country who should also endorse it and forward it to the Secretary. You may also send it directly to the Secretary.

Signature:

Signature:

Member
(please print)

Member

Send this application form to:

Professor M.E.J. Curzon
Department of Paediatric Dentistry
Leeds Dental Institute
Clarendon Way, Leeds, LS2 9LU

Include with this application form the following:

1. Copy of your diploma/degree/accreditation certificate from your training program in Paediatric Dentistry .
2. Brief curriculum vitae, not more than two pages.

Signature of applicant:

Date:



Comunicaciones Orales y Pósters

XXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP)

Sevilla, 24, 25 y 26 de mayo de 2007

Comunicaciones Orales

Jueves 24 de mayo

Horario: de 9:30 a 11:30

Sala Andalucía II

Moderadores: Dr. E. Espasa Suárez/Dr. M. Hernández Juyol

- 09:30-09:40. *¿Realmente son útiles los cariogramas?*
Santa Eulalia Troisfontaines E, Martín de Vidales Mellado M, Hernández Vera C
- 09:40-09:50. *Efecto de un programa individualizado de control de placa en niños de edad escolar y su efecto sobre el índice de placa y frecuencia de cepillado*
Riera Di Cristofaro R, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ
- 09:50-10:00. *Programa de odontología preventiva dirigido a niños y niñas en edad temprana VIH (+) y verticalmente expuestos*
Guerra ME, Tovar V, Garrido E, Martín A, Carvajal A, León JR
- 10:00-10:10. *Detección de caries oclusales no cavitadas mediante el láser de fluorescencia (diagnodent) en el paciente infantil*
Arenas M, Barbería E, Maroto M, Gómez B
- 10:10-10:20. *Protocolo para la determinación temprana del riesgo de caries en una población escolar*
Barroso Barbosa J, Barbero Castelblanque V, Bellet Cubells A, Bellet Dalmau LJ
- 10:20-10:30. *Prevalencia y factores asociados con la caries de primera infancia en una muestra de pacientes de 2-6 años*
Pérez Pérez M, Martínez Gómez P, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ
- 10:30-10:40. *Estado de salud oral y necesidades de tratamiento en el binomio madre/niño en una comunidad rural de Puerto Rico*
López del Valle L
- 10:40-10:50. *Efectos del chicle edulcorado con xilitol sobre el flujo salivar, pH, capacidad tampón y presencia de Streptococcus mutans en saliva*
Ribelles Llop M, Mayne Acien R, Bellet Dalmau LJ

Horario: de 12:00 a 14:00

Sala Andalucía II

Moderadores: Dr. E. Espasa Suárez/Dr. M. Hernández Juyol

- 12:00-12:10. *Perfil de los padres de niños con caries del biberón*
Martín de Vidales M, Santa Eulalia E, Hernández C
- 12:10-12:20. *Fluorosis dental en el sur de la India*
Palma C, González Y, Durgesh T
- 12:20-12:30. *¿La hipertrofia adenoidea afecta al desarrollo maxilofacial?*
Marchena Rodríguez L
- 12:30-12:40. *Avulsión dental: pautas de actuación*
Ruesgas de Román M, Castaño Novoa P, Martín Olivera E, Cerdán Gómez F
- 12:40-12:50. *Traumatismos en dentición temporal: consecuencias sobre los gérmenes de los dientes permanentes. Análisis de casos clínicos*
Villalón Rivero G, Cardoso Silva C, Maroto Edo M, Barbería Leache E
- 12:50-13:00. *Tratamiento de una fractura de raíz con MTA*
Austro Martínez MD, García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Cortés Lillo O
- 13:00-13:10. *¿Son los niños de alto riesgo biológico susceptibles de padecer más patologías estructurales del esmalte y alteraciones maxilares?*
Martín Bejarano R, Paiva E, Planells del Pozo E, Ruiz Extremera A
- 13:10-13:20. *Alteraciones en la trayectoria eruptiva de los segundos premolares inferiores*
Cardoso Silva C, Villalón Rivero G, Maroto Edo M, Barbería Leache E

Horario: de 15:30 a 18:00

Sala Andalucía II

Moderadores: Dra. F. Estrela Sanchís/Dr. L.J. Bellet Dalmau

- 15:30-15:40. *Odontoma compuesto y supernumerario como causa de retención dentaria*
Machuca Portillo C, Mendoza Mendoza A
- 15:40-15:50. *Odontomas en la infancia: estudio de 20 casos*
Alves Vieira C, Suñé Regi M, Cahuana Cárdenas A
- 15:50-16:00. *Retraso de la erupción de un incisivo inferior permanente asociado a un odontoma compuesto: a propósito de un caso clínico en odontopediatría*
Miranda Quaresma S, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ

20. 15:00-16:10. *Estudio retrospectivo de la exodoncia quirúrgica de dientes supernumerarios incluidos*
Ferrés-Amat E, Maura I, Díaz C, Prats J, Ferrés-Padró E
21. 16:10-16:20. *Síndrome de Treacher Collins: importancia del odontopediatra en el equipo multidisciplinar*
De la Torre Sánchez A, Márquez Durán L, García Yáñez C, Gómez García E
22. 16:20-16:30. *Síndrome de Asperger: el síndrome inadvertido*
Álvarez Muro T, Stofanelli Barbosa V
23. 16:30-16:40. *Pulpotomías al formocresol versus pulpotomías al sulfato férrico*
Lozano Cano I, Mendoza Mendoza A, Serna Lamela M, Barra Soto MJ
24. 16:40-16:50. *Respuesta celular del MTA blanco y gris frente a un cemento Portland*
Cortés Lillo O, García Ballesta C, Pérez Lajarín L
25. 16:50-17:00. *Patomimia morsicatio buccarum*
Yagüe García J, Berini Aytés L, Gay Escoda C
26. 17:00-17:10. *Comparación de la instrumentación rotatoria y manual en dientes temporales*
Crespo Jiménez S, Cortés Lillo O, García Ballesta C, Pérez Lajarín L
27. 17:10-17:20. *Análisis de las urgencias atendidas por el servicio de odontopediatría del HNB*
Díaz C, Arriola C, Ferrés E, Herrera S, Maura I
36. 16:50-17:00. *Queratoquistes odontogénicos: presentación de un caso clínico*
Cárdenas Ortiz A, Cahuana Cárdenas A, Parri Ferrandiz FJ
37. 17:10-17:30. *Pobreza y exclusión social en la ciudad de Sevilla. Grupos de riesgo social en Odontopediatría*
Serna Lamela M, Gómez Vidal B, Lozano Cano I

Comunicaciones Pósters

Viernes 25 de mayo

Horario: 15:30-16:30

(Lugar: hall)

Dres. J. R. Boj Quesada y M. Facal García

Viernes 25 de mayo

Horario: de 15:30 a 17:30

Sala Andalucía II

Moderadores: Dr. A. Cahuana Cárdenas/Dra. P. Beltri Orta

28. 15:30-15:40. *La dificultad del ejercicio de la odontopediatría*
Galofré Kessler N, Boj Quesada JR, Espasa Suárez de Deza E, Hernández Juyol M
29. 15:40-15:50. *El decálogo de la buena conducta –los cimientos de la cooperación*
Muñiz C, Boj JR, Espasa E, Hernández M
30. 15:50-16:00. *Dientes supernumerarios múltiples no asociados a un síndrome: revisión de nuestra casuística*
Valentín Sánchez J, Cahuana Cárdenas A
31. 16:00-16:10. *Agnesia dental y su herencia*
Colominas Dalmasas J, Maura Solivellas I, Boj Quesada JR
32. 16:10-16:20. *La teoría de la relatividad en odontopediatría*
Navarro J, Girón B, Iraheta G, Boj JR
33. 16:20-16:30. *Valoración del miedo dental en la edad pediátrica y adolescente entre los estudiantes de odontología de la UB*
Iraheta G, Chimenos L, Muñiz J, Boj JR
34. 16:30-16:40. *La ley del péndulo en odontopediatría*
Hahn Chacón CM, Chemane E, Huerta L, Velasco M, Boj JR
35. 16:40-16:50. *Caries precoz de la infancia. Encuesta sobre factores de riesgo*
Fragoso Espinosa F, Aiguaviva Pinsach A, González Chópote Y, Cahuana Cárdenas A
1. *El paciente autista. Plan de actuación y tratamiento en odontopediatría*
Teixeira Antunes V, Riera Di Cristofaro R, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ
2. *Displasia ectodérmica en odontopediatría*
Salinas Noyola A, Quaresma Miranda S, Barroso Barroso J, Barbero Castelblanque V, Bellet Dalmau LJ
3. *Plan de actuación en pacientes afectados por síndrome de Williams-Beuren*
Melara Munguía A, Ribelles Llop M, Pérez Pérez M, Arregui Gambús M, Bellet Dalmau LJ
4. *Tetralogía de Fallot en el paciente odontopediátrico*
Gómez Antón G, Quaresma Miranda S, Broch Álvarez S, Bellet Dalmau LJ
5. *Características odontostomatológicas y protocolo terapéutico del paciente con síndrome de Down en odontopediatría*
Boix Domingo H, Ribelles Llop M, Barroso Barbosa J, Mayné Acién R, Bellet Dalmau LJ
6. *Plan de actuación en pacientes oncológicos en odontopediatría*
Contreras Somoza M, Riera Di Cristofaro R, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ
7. *Dispositivo digital para la higiene oral en niños discapacitados visuales: estudio clínico*
Paiva E, Teixeira J, Faria S, Manso C, Ferreira L
8. *Análisis de dieta: pautas de alimentación en niños con alto índice de caries*
Varela Ruano M, Rodríguez Mayta X, Cerdán Gómez F, Martín Olivera E
9. *Importancia del diagnóstico precoz odontopediátrico de la transposición dentaria*
Martín Jerónimo J, Martínez-Salmeán Irigoyen J, Martín Olivera E, Cerdán Gómez F
10. *Un caso de displasia dentinaria tipo I. Importancia de la exploración radiológica*
Maura I, Ferrés-Amat E, Díaz C, Galofré N, Herrera S
11. *"Gingivitis crónica" como primera manifestación clínica de una malformación vascular intramandibular. A propósito de un caso*
Herrera S, Ferrés-Amat E, Maura I, Ferrés-Padró E, Mareque J

12. *Riesgo de caries en pacientes afectados de síndrome de Prader-Willi*
García C, Cuba L, Cahuana A
13. *Efectos de las pulpotomías en dientes primarios sobre la mineralización y posición de los dientes sucesores permanentes*
Ruiz Linares M, Pardo Ridao M, González Rodríguez E, Peñalver Sánchez M
14. *Evaluación de la efectividad del posicionador radiográfico para las aletas de mordida*
Cortés O, Martínez Y, Austro D, Castejón I, García C, Pérez L
15. *Tratamiento multidisciplinar en una fractura corono radicular complicada en un diente permanente joven. A propósito de un caso*
Adanero Velasco A, Mata López V
16. *Valoración de los dentífricos "infantiles"*
Bonafé Monzó N, García Margarit M, Catalá Pizarro M
17. *Dispositivos de restricción pasiva en el manejo de la conducta en niños especiales*
De la Torre Sánchez A, Márquez Durán L, García Yáñez C
18. *Síndrome de Van Der Woude: presentación de un caso clínico familiar*
De la Torre Sánchez A, Stofanelli Barbosa V, Álvarez Muro T, Salamanca L, Martín M, Gómez E
19. *Prevalencia de defectos del esmalte en dentición temporal y permanente en niños de bajo peso al nacer, estudio longitudinal*
Catalá Pizarro M, Velló Ribes MA, Martínez Costa C
20. *Manejo odontopediátrico en pacientes que presentan mastocitosis*
Reyes Ortiz A, Martín-Vidarte Martín A, del Valle González A, Romero Maroto M
21. *Alteraciones estructurales severas en incisivos permanentes con antecedentes de traumatismo. Presentación de 3 casos clínicos*
Aiguaviva Pinsach A, Cahuana Cárdenas A, González Chopite Y
22. *Versatilidad del MTA en sus aplicaciones odontológicas*
Estrela Sanchís F, Borrás Aviñó C, Catalá Pizarro M

Comunicaciones Orales

1. ¿REALMENTE SON ÚTILES LOS CARIOGRAMAS?

Santa Eulalia Troisfontaines E, Martín de Vidales Mellado M, Hernández Vera C

Máster en Odontopediatria Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar, de forma sencilla y mediante diagramas, el riesgo de caries de los pacientes odontopediátricos considerando los factores etiológicos en cada caso.

Material y método: Uso de los buscadores Medline, Pubmed, Science direct y Ebschroch para búsqueda de abstracts y textos completos de revistas electrónicas.

Resultados: De los diferentes programas encontrados para valorar el riesgo de caries en Odontopediatria, uno de los sistemas más utilizados por su versatilidad y sencillez es el propuesto por la Universidad de Malmö, llamado Cariograma. El Cariograma es un diagrama en el que se ilustra las interacciones entre las bacterias, la dieta y la respuesta del huésped formando un círculo completo. Al programa se le deben introducir los datos del paciente referentes a número de ingestas, acúmulo de placa, uso de flúor, secreción de saliva, etc. Si al determinar el tamaño de estos factores, el círculo no se completa, este sector que falta lo ocupa la ocasión de evitar nuevas lesiones de caries, por tanto cuanto mayor sea el tamaño de este sector, menor es el riesgo de caries.

Conclusiones: Mediante este programa se consigue evaluar el riesgo de caries en la clínica odontopediátrica a la vez que motiva positivamente a los padres a controlar el riesgo de caries en el hogar.

2. EFECTO DE UN PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE CONTROL DE PLACA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR Y SU EFECTO SOBRE EL ÍNDICE DE PLACA Y FRECUENCIA DE CEPILLADO

Riera Di Cristofaro R, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatria Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El inicio precoz de la eliminación de la placa dental ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida. Entre los 6 y los 10 años de edad, el niño debe ir responsabilizándose de forma progresiva de su higiene dental, si bien los padres deben supervisarla.

Objetivos: 1. Evaluar si existe una disminución de los valores del índice de placa de los individuos con la utilización de cepillos eléctricos. 2. Evaluar si existe un aumento en la frecuencia de cepillado de los individuos, mediante el uso de tablas de cepillado. 3. Evaluar la percepción de los padres en cuanto al empleo de métodos de motivación para mejorar la frecuencia de cepillado de sus hijos.

Material y métodos: 20 niños seleccionados al azar de entre 6 y 12 años de edad se dividieron en dos grupos (grupo 1: 6-8,5 años y grupo 2: 8,5-12 años). En ambos grupos, se estudiaron, al azar, niños que utilizaron cepillos eléctricos (Colgate Motion®) y cepillos manuales (Oral B Stages®). Así mismo, se tomó un grupo control al que no se le dio instrucciones de higiene oral. Se entregó a los niños del grupo experimental una tabla de cepillado, y se les realizó controles de placa para evaluar el éxito del programa.

Resultados: Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al índice de placa entre ambos grupos experimentales. Así mismo, se observó un incremento en la frecuencia de cepillado, mediante la utilización de la tabla. No se encontraron diferencias entre ambos sistemas de cepillado.

Conclusiones: Un programa individualizado de control de placa en niños a partir de los 6 años nos permite motivarlos en la realización de una correcta higiene oral, y así obtener unos niveles de placa y frecuencia de cepillado adecuados, influyendo en su salud bucodental a largo plazo.

3. PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA DIRIGIDO A NIÑOS Y NIÑAS EN EDAD TEMPRANA VIH (+) Y VERTICALMENTE EXPUESTOS

Guerra ME, Tovar V, Garrido E, Martín A, Carvajal A, León JR

Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte". Facultad de Odontología (CAPEI/UCV). Servicio de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela

Introducción: El efecto del VIH/sida en la salud de los niños/as sigue siendo una preocupación para los pediatras y odontopediatras latinoamericanos. Como respuesta a las necesidades bucales que presentan estos niños, en el año 2000 se elaboró este programa y se constituyó de manera conjunta CAPEI/HUC en el 2002.

Objetivo: Generar un trabajo participativo de los representantes, que posibilite el autocuidado y mantenimiento de la salud bucal, para controlar y prevenir las patologías bucales en los niño/as VIH (+) y verticalmente expuestos.

Materiales y métodos: Se elaboró un instrumento de dos partes: a) una entrevista a los representantes para obtener información sobre métodos de higiene bucal, alimentación y hábitos viciosos; y b) un examen bucal de los tejidos blandos y duros.

Resultados: En 1999 la referencia era caries rampante, el tratamiento era bajo anestesia general. En 2002 la referencia cambia de caries rampante a control, atendándose 100 niños: 30% padecían caries rampante, 40% está en tratamiento curativo, y 30 bebés verticalmente expuestos en control. En 2003 atendimos 140 niños: el 100% recibió algún tipo de tratamiento preventivo y los infantes verticalmente expuestos aumentaron a 57. Para agosto de 2006 hemos tratado odontológicamente a 166 niños VIH (+) de los cuales 123 están en tratamiento regular, 43 consultas de emergencias y 100 infantes verticalmente expuestos.

Conclusión: La consulta interdisciplinaria que ofrecemos en el CAPEI/UCV, demostró la necesidad de motivar y entrenar a los representantes en el autocuidado y mantenimiento de la salud bucal de estos niños/as.

4. DETECCIÓN DE CARIES OCLUSALES NO CAVITADAS MEDIANTE EL LÁSER DE FLUORESCENCIA (DIAGNODENT) EN EL PACIENTE INFANTIL

Arenas M, Barbería E, Maroto M, Gómez B

Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Universidad Complutense. Madrid

Introducción: La necesidad de implementar métodos diagnósticos que puedan cuantificar las lesiones de caries, es el fundamento de este estudio, en el cual se evalúa un dispositivo láser de fluorescencia para la detección de caries oclusales.

Material y método: La muestra incluyó 243 molares temporales y 77 primeros molares permanentes. La integridad de las superficies oclusales fue evaluada mediante los criterios de Ekstrand y cols. (1998). Dos examinadores que no conocían los datos obtenidos en la evaluación clínica, evaluaron las superficies oclusales de los molares permanentes mediante el uso del dispositivo láser.

Resultados: En la totalidad de la muestra se obtuvo la reproducibilidad interexaminador mediante el índice kappa (0,68), también fueron obtenidas la sensibilidad (0,79) y la especificidad (0,87), el valor de la razón de probabilidad positiva (6,33) y la razón de probabilidad negativa (0,23), el valor predictivo positivo obtenido fue de 33,9% y el negativo de 98,1%. Finalmente se determinó el valor del área bajo la curva ROC (0,92).

Conclusiones: El dispositivo láser de fluorescencia aporta datos enriquecedores del juicio clínico durante el diagnóstico de caries oclusales, habiendo sido confirmado en nuestro estudio ya que no fueron encontradas diferencias significativas entre los resultados obtenidos. Se determinó que el dispositivo láser de fluorescencia es una prueba válida para el diagnóstico de desmineralizaciones subsuperficiales en molares temporales y permanentes con superficies aparentemente íntegras y susceptibles de tratamiento remineralizador.

5. PROTOCOLO PARA LA DETERMINACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE CARIES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR

Barroso Barbosa J, Barbero Castelblanque V, Bellet Cubells A, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El actual manejo de la caries dental tiene 3 componentes: prevención, control y tratamiento. Para asegurar un nivel de prevención y tratamiento adecuado de la caries es aconsejable establecer un nivel de riesgo para poder evitar su aparición.

Objetivo: Determinar el riesgo de caries de una población escolar, siguiendo un protocolo de valoración del mismo clasificando los niños en una escala de 0 a 3, a través de la valoración de 10 factores que influyen directamente en la aparición de la enfermedad.

Material y métodos: El estudio se llevó a cabo en enero de 2007, con una muestra de 90 niños de edades comprendidas entre 6-12 años del CP "Escultor Ortells" de Vila-real, España. Se han determinado los siguientes parámetros: capacidad tampón, flujo salival, número de colonias de *Lactobacillus* y de *S. mutans* a través de la utilización de los sistemas comerciales CRT[®] bacterias y CRT[®] buffer. El pH fue registrado a través de un pHímetro. Un mismo operador realizó la exploración clínica evaluando los índices CAO_d y cod y el índice de placa. Mediante un cuestionario firmado previamente por los padres se evaluaron factores que indirectamente influyen en el riesgo de caries: sexo, nivel educacional de los padres, presencia de alguna patología médica, toma de medicación actual, frecuencia de cepillado y utilización de flúor. Para el análisis estadístico se ha realizado una regresión lineal múltiple, con un p-valor < 0,01.

Resultados: Los resultados han demostrado que el número de colonias de *Lactobacillus*, junto con el índice de placa y el pH son los factores que más influyen en el índice de caries en dentición permanente. En dentición temporal las colonias de *Lactobacillus* son las que más influyen en el desarrollo de la caries dental y se observa una relación estadísticamente significativa entre índice de placa y colonias de *Lactobacillus*.

Del total de niños, según el protocolo utilizado para la medición de riesgo de caries, obtuvimos un 80% de niños de riesgo 1 y un 20% de niños de riesgo 2 en una escala de riesgo de 0 a 4 valores.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la presencia de un elevado número de colonias de *Lactobacillus* asociada con un alto índice de placa da lugar a un alto riesgo de aparición de caries. En dentición permanente también el pH bajo nos indica un riesgo más elevado de caries. En relación al riesgo de caries hay que actuar preventivamente en ambos grupos, según las necesidades de cada uno, mediante sellados de fosas y fisuras, aplicaciones de flúor y controles periódicos.

6. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA CARIES DE PRIMERA INFANCIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE 2-6 AÑOS

Pérez Pérez M, Martínez Gómez P, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ

Máster de Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: Anteriormente, se solía culpar al uso inapropiado del biberón como causante de las caries dentales de la primera infancia. Sin embargo, ahora se sabe que las caries dentales son producto por combinación de tres factores: a) microorganismo cariogénico (*S. mutans*); b) carbohidratos fermentables; y c) susceptibilidad del diente. Igualmente, se debe considerar como agente causal de este tipo de caries a una alimentación inadecuada que presente una exposición abundante y frecuente de hidratos de carbono refinados, especialmente con el biberón, durante el sueño.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores relacionados con la caries de primera infancia de las historias clínicas de pacientes explorados por el Máster de Odontopediatría Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Catalunya, durante el periodo 2002-2006.

Material y métodos: Se revisaron 1.500 historias clínicas de la Clínica Odontológica Universitaria. Realizamos una recogida de datos: 1. edad, 2. nacionalidad, 3. hábitos alimenticios, 4. higiene dental, 5. fluorización, y 6. índice de caries.

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los hábitos alimenticios. Así mismo, se encontraron diferencias respecto a la nacionalidad, teniendo un incremento de patología la población extranjera con respecto a la población española.

Conclusiones: Un bajo porcentaje de la población presenta esta patología (3%). El consumo excesivo de hidratos de carbono más la falta de higiene oral predispone la aparición de caries de primera infancia.

La incidencia de caries de primera infancia es directamente proporcional al éxodo de las personas extranjeras.

7. ESTADO DE SALUD ORAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN EL BINOMIO MADRE/NIÑO EN UNA COMUNIDAD RURAL DE PUERTO RICO

López del Valle L

Escuela de Odontología. Universidad de Puerto Rico

Introducción: La investigación odontológica dirigida hacia el binomio madre-niño es de suma importancia ya que las madres suelen ser la fuente de transmisión de la enfermedad dental hacia sus hijos. En los mecanismos de esta transmisión vertical de los patógenos en la cavidad oral de las madres hacia sus hijos radica una de las vertientes de la etiología de la caries de la temprana infancia.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: a) evaluar el estado de salud oral de las madres en una muestra de 100 niños e infantes entre los 12 a los 60 meses de edad de una comunidad rural en Puerto Rico; y b) comparar la salud oral de los niños con el estado de salud dental de las madres.

Métodos: Una muestra de 71 mujeres y sus niños (100) fueron evaluados para los índices de caries COPD/S y la salud periodontal al igual que los índices para dentición decidua coed/s. La edad promedio de las madres fue de 28,8 años \pm 9,0, y la de los niños fue de 36,41 meses \pm 18,2. Un dentista calibrado según las guías de NIDCR realizó todas las evaluaciones dentales en los niños y las madres participantes. Los criterios de OMS fueron utilizados para el diagnóstico de caries. El análisis estadístico se realizó utilizando el Programa EPI-INFO y SAS.

Resultados: Las madres estudiadas reportaron una prevalencia de 63% de puntos de sangrado en al menos un bolsillo. La prevalencia de bolsas periodontales en al menos un sitio con profundidad de 4 a 6 mm fue de un 37%. La prevalencia de cálculo fue la siguiente: no presencia de cálculo 25%, cálculo supragingival 56,7%, cálculo subgingival 2,2%, cálculo supra- y subgingival 16,3%. El COPS promedio para las madres fue de 16,51 \pm 0,02, COPD 12,20 \pm 6,76, caries 2,93 \pm 2,86, obturaciones 7,07 \pm 8,76, perdidos por caries 2,93 \pm 4,53. El coes promedio para los niños estudiados fue de (4,32 \pm 9,7), coed (2,30 \pm 4,0), lesiones de decalcificación (1,36 \pm 1,9), caries (1,96 \pm 3,2), obturaciones (0,22 \pm 0,83) y dientes ausentes por caries (0,043 \pm 0,45). Se encontró una asociación significativa en la presencia de enfermedad periodontal y el reportar haber tenido un niño de bajo peso al nacer. El promedio de niños de bajo peso al nacer y prematuros en la muestra estudiada fue de un 14%.

Conclusiones: Se observan altos niveles significativos de caries tratadas y no tratadas y de enfermedad periodontal en la población estudiada. La evidencia de este estudio de un pobre estado de salud bucal tanto en niños como en sus madres nos indica la necesidad urgente de prevención primaria y secundaria tanto como la implementación de programas de tratamiento para la enfermedad periodontal y las caries en esta comunidad rural de Puerto Rico.

8. EFECTOS DEL CHICLE EDULCORADO CON XILITOL SOBRE EL FLUJO SALIVAR, PH, CAPACIDAD TAMPÓN Y PRESENCIA DE STREPTOCOCCUS MUTANS EN SALIVA

Ribelles Llop M, Mayné Ación R, Bellet Dalmau LJ
Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: Los primeros estudios relacionados con la utilización del chicle en odontología datan de los años 70. Turku Sugar Studies, entre 1970 y 1973 demuestran las excelentes propiedades anti-caries del chicle edulcorado con xilitol. En la actualidad, son muchos los profesionales, y especialmente en los Países Escandinavos, que han estudiado cómo la masticación de chicles con xilitol constituye una estrategia preventiva más frente a la caries dental.

Objetivo: Comparar el flujo salivar, el pH, la capacidad tampón y el nivel de *Streptococcus mutans* de niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, que comen en un comedor escolar, tras la masticación de chicles con xilitol, gomas de parafina o no masticación.

Materiales y métodos: La muestra está constituida por 90 niños, divididos en tres grupos de estudio, que almuerzan en el comedor del CP Escultor Ortells de la población de Vila-Real (Castellón, España). Se compararon los registros realizados en una primera fase, en condiciones basales, con los registrados en una segunda fase, a los 15 minutos después de haber masticado chicles con xilitol, gomas de parafina o sin masticar, según el grupo al que pertenecían, tras la ingesta de una porción de hidratos de carbono. La medición del flujo salivar se realizó mediante el recuento de saliva estimulada en un vaso milimetrado. El pH se midió con el pHmetro Cyberscan pH 110 (Eutech Instruments®). Se utilizaron las tiras CRT® buffer y el sistema CRT® de Ivoclar-Vivadent, para medir la capacidad tampón y el nivel de *Streptococcus mutans*, respectivamente.

Resultados: Los resultados fueron analizados mediante el sistema estadístico-informático (STRATGRAPHICS 5.0 plus), utilizándose la técnica de ANOVA simple. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en cuanto al pH y el nivel de *Streptococcus mutans* entre los tres grupos, observándose niveles mayores de *Streptococcus mutans* y valores más bajos de pH en el grupo que no mastica. Al analizar los parámetros flujo salivar y capacidad tampón, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), aunque los niveles de flujo salivar eran mayores en los grupos donde sí se masticaba.

Conclusión: La masticación de chicles de xilitol o gomas de parafina es fundamental en el control de niveles de pH y concentraciones de *Streptococcus mutans*, tras la ingesta de hidratos de carbono. Al analizarse el flujo salivar no se encuentran diferencias entre grupos, aunque es mayor cuando existe masticación. No existen diferencias entre grupos en el análisis de la capacidad tampón.

9. PERFIL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON CARIES DEL BIBERÓN

Martín de Vidales M, Santa Eulalia E, Hernández C
Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Objetivos: a) valorar cuáles son los factores de riesgo "social" de la caries; b) determinar si existen características comunes en los padres de estos niños; y c) establecer protocolos preventivos que aborden este grupo de riesgos.

Material y métodos: Uso de los buscadores Medline, PubMed, Science Direct y Ebschroch, para búsqueda de abstracts y textos completos de revistas electrónicas. Revistas de la

hemeroteca de la facultad de odontología de la UCM y libros relacionados con la materia.

Resultado: Es importante tener en cuenta los factores sociales de la caries a parte de los biológicos clásicamente conocidos. Entre ellos cabe destacar la raza, etnia, nivel socioeconómico, qué conocimientos tienen los padres sobre salud general y dental, temperamento del niño, estrés del menor y de sus padres, etc.

El reconocimiento de estos otros factores permitirá el desarrollo de intervenciones exitosas e innovadoras.

Por el estudio realizado se pueden aplicar unas características comunes a los padres con niños con caries del biberón.

Además revisando la literatura todos los estudios coinciden en que los padres conocen los efectos nocivos de prolongar la lactancia artificial por lo que no será suficiente la educación si no que habrá que seguir rutas de persuasión con el fin de conseguir modificaciones de estas conductas nocivas.

Conclusiones:

—Se deben tener en cuenta los factores de riesgo social además de los biológicos.

—Se pueden dar unas características comunes de los padres: sobreindulgentes, con poca autoeficacia y altos niveles de estrés, bajo nivel socioeconómico y educacional, poco persistentes, regresivos y con sentimiento de culpabilidad, benevolentes y complacientes y, además, muchos de ellos son trabajadores cuyos hijos están a cargo de cuidadores y el poco tiempo que están con los niños quieren complacerlos.

—La mayoría de los estudios coinciden en que los padres conocen los efectos nocivos del biberón por lo que las estrategias deberían seguir un modelo de persuasión y no sólo proporcionar educación.

10. FLUOROSIS DENTAL EN EL SUR DE LA INDIA

Palma C, González Y, Durgesh T

Objetivo: El propósito del siguiente trabajo es describir los hallazgos encontrados en diversas poblaciones que presentan fluorosis dental (FD) de manera endémica.

Material y método: Mediante una colaboración con la Fundación Vicente Ferrer en Kalyandurg, Andhra Pradesh, se realizó un estudio sobre los efectos dentales que origina una excesiva ingesta de flúor natural en el agua potable. Se realizó un interrogatorio y examen oral a pacientes con FD que asistieron a la consulta odontológica del Kalyandurg RDT Hospital, en donde se registró la población de procedencia, el grado de fluorosis dental de acuerdo al Índice de Dean (DI); la presencia de dolor en los dientes afectados y problemas estéticos.

Resultados: Se evaluaron 88 pacientes con FD (46 mujeres, 42 hombres). Se observaron diferentes grados de FD en miembros de la misma población. Un 16% presentaba FD muy leve (DI 1), 26% FD leve (DI 2); 41% FD moderada (DI 3) y 17% FD severa (DI 4). Del total, un 28% refería dolor en los dientes afectados y un 59% problemas estéticos. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de FD y la presencia de dolor en los dientes afectados (por caries, fracturas o abrasiones); así como entre el grado de FD y los problemas estéticos. Se observó que la mayoría de pacientes con FD severa refería dolor en los dientes afectados y un 89% refería problemas estéticos a partir del grado moderado de FD.

Conclusiones: La diferencia de grados de FD observados en personas de la misma población sugiere que la FD varía de acuerdo a la exposición de cada individuo a las fuentes de fluoruro. La FD, principalmente en sus formas severas, puede representar más que un defecto estético si se fractura suficiente esmalte, causando dolor, afectando la selección de comidas, comprometiendo la efectividad de la masticación y requiriendo un tratamiento dental complejo.

11. ¿LA HIPERTROFIA ADENOIDEA AFECTA AL DESARROLLO MAXILOFACIAL?

Marchena Rodríguez L

Objetivo: Con este trabajo se pretende demostrar si existe o no relación entre la hipertrofia adenoidea (también llamadas vegetaciones adenoideas) y el desarrollo maxilofacial en el individuo. Las adenoides son un acúmulo de tejido linfoide situado en la parte superior de la garganta, detrás de la nariz y el techo de la boca (velo del paladar). Las adenoides crecen hasta el quinto año de vida, y a partir de aquí comienzan a involucionar llegando a atrofiarse en la pubertad. Sucesivas afecciones de las adenoides producen la hipertrofia de las mismas llamadas también vegetaciones adenoideas, ocasionando la respiración bucal en el niño.

Con este trabajo se plantea si la hipertrofia adenoidea está relacionada con el desarrollo maxilofacial, ya que se describen algunos signos característicos de la hipertrofia adenoidea como son: respiración bucal, ronquidos durante el sueño, voz nasal, trastorno del sueño, tos y trastorno del desarrollo esquelético.

Material y método: Para demostrar si existe esta relación se ha analizado la información obtenida a partir de los trabajos de diversos investigadores que realizaron estudios documentados, y que analizaban si la presencia determinada de los signos debidos a la hipertrofia adenoidea, como la respiración bucal o el paladar ojival, repercutía en el desarrollo maxilofacial. Los métodos empleados por estos autores fueron estudios comparativos de la oclusión entre un grupo de niños, todos ellos respiradores bucales, y un grupo de control.

Resultado y conclusiones: Aunque algunos autores sí encuentran relación existente entre respiración bucal y crecimiento facial vertical aumentado, otros autores, como Santos Povis JF no encuentran una relación significativa, por lo que recomiendan investigar y comparar, dentro de una misma población, el tipo de clasificación facial mediante la cefalometría, y realizar un diagnóstico temprano en niños respiradores bucales para descartar la presencia de maloclusión.

12. AVULSIÓN DENTAL: PAUTAS DE ACTUACIÓN

Ruesgas de Román M, Castaño Novoa P, Martín Olivera E, Cerdán Gómez F
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La avulsión es la ex-articulación completa del diente fuera de su alveolo. La frecuencia varía del 1 al 16% de todos los traumatismos de dientes permanentes, siendo los incisivos centrales superiores los más afectados. El gru-

po de edad donde ocurren con más frecuencia oscila entre los 7 y los 11 años.

Material y método: Presentación de 3 casos de avulsión tratados de urgencia en diferentes hospitales de Madrid y remitidos posteriormente al departamento de Odontopediatría del Hospital San Rafael.

Revisión bibliográfica sobre el tema desde el año 2000 al 2007.

Discusión: Tras la evaluación de estos tres casos clínicos observamos que en todos ellos se llevó a cabo la reimplantación de los dientes como medida de urgencia. Sin embargo, en ninguno de ellos se ferilizó de acuerdo a las pautas establecidas en el tratamiento de la avulsión.

Conclusión: La mayoría de los niños que sufren avulsión dental acuden de urgencia a los hospitales de la Seguridad Social donde son atendidos en los Servicios de Cirugía Maxilofacial al no disponer de Departamento de Odontopediatría.

Creemos que es imprescindible que en estos centros se conozca el tratamiento correcto de la avulsión y que se disponga de los medios necesarios para llevarlo a cabo, dada la importancia que tienen las primeras actuaciones en el pronóstico del diente avulsionado.

13. TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL: CONSECUENCIAS SOBRE LOS GÉRMINES DE LOS DIENTES PERMANENTES. ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

Villalón Rivero G, Cardoso Silva C, Maroto Edo M, Barbería Leache E

Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Universidad Complutense de Madrid

Introducción: Los traumatismos dentarios son cada día más frecuentes en la práctica odontológica, verificado por todos los dentistas, pero con más asiduidad por los odontopediatras. Existen estudios que han revelado que aproximadamente entre el 4 y el 30% de todos los niños han sufrido algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores. En la dentición temporal, el mayor número de accidentes suele ocurrir durante los primeros 3 años de vida. La relación topográfica de los ápices de los dientes primarios con los gérmenes de la dentición permanente explica el gran potencial en el desarrollo de alteraciones de los dientes permanentes después de un trauma en sus predecesores. Así pues, después de una lesión traumática en la dentición temporal podemos esperar complicaciones posteriores en el propio diente afectado como en el sucesor permanente.

El objetivo es describir las posibles consecuencias que pueden detectarse en dientes permanentes tras haber sufrido un traumatismo en los predecesores temporales.

Material y método: Realizamos una revisión bibliográfica y presentamos varios casos clínicos que nos muestran alteraciones en la dentición permanente debido a traumatismos en dentición temporal.

Resultados: Determinamos que pueden existir consecuencias muy graves en la dentición permanente tales como alteraciones del color y la estructura coronal y del desarrollo radicular, entre otros.

Conclusiones: El pronóstico de los dientes permanentes después de un trauma en dentición temporal depende de que se efectúe un adecuado tratamiento lo más pronto posible des-

pués del accidente. Se recomienda atraer la atención de padres, educadores y profesionales de la salud, enfatizando que siempre que ocurran traumatismos en dentición primaria se debe recurrir al odontólogo, y no solamente cuando existe dolor o se ha perdido la estética, ya que nuestra mayor preocupación debe ser el sucesor permanente.

14. TRATAMIENTO DE UNA FRACTURA DE RAÍZ CON MTA

Austro Martínez MD, García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Cortés Lillo O

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia

Caso clínico: Presentamos un caso de fractura de raíz en 11 y 21, en los que un diente evoluciona a curación (interposición de tejido duro) y el otro hacia la interposición de tejido de granulación. En este caso presentamos como novedad la utilización del MTA previa desinfección durante 15 días con tritóxido de calcio en el tratamiento del fragmento coronal.

15. ¿SON LOS NIÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO SUSCEPTIBLES DE PADECER MÁS PATOLOGÍAS ESTRUCTURALES DEL ESMALTE Y ALTERACIONES MAXILARES?*

Martín Bejarano R, Paiva E, Planells del Pozo E, Ruiz Extremera A

Facultades de Medicina y Farmacia. Universidad de Granada

Objetivos: Generales: conocer el estado de salud oral en una población de niños nacidos bajo condiciones de alto riesgo. Específicos: 1. Estimar la prevalencia y distribución de defectos del esmalte. 2. Analizar las arcadas dentarias.

Pacientes y método: La recogida de datos se ha realizado en el Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada (España), en el Departamento de Pediatría (Unidad de Seguimiento y Estimulación Precoz). El grupo de estudio lo forman 60 niños nacidos en condiciones de alto riesgo y el grupo control, 60 niños nacidos a término. Todos tenían una edad comprendida entre 4 y 8 años.

La presencia de anomalías estructurales del esmalte serán evaluadas clínicamente por medio de diagnóstico clínico, visual, táctil y a través del Índice de Defectos de Desarrollo del Esmalte Modificado (Modified DDE Index) propuesto por la FDI.

Las arcadas dentarias son analizadas en los tres planos del espacio (análisis sagital, vertical, transversal) y se establecerán además, la anchura, profundidad y simetría del paladar.

Resultados: Los niños prematuros y/o de bajo peso al nacimiento presentan una mayor prevalencia de defectos estructurales del esmalte y anomalías maxilares en dentición temporal. La hipoplasia del esmalte se presenta como el defecto más frecuente, localizándose preferentemente en la región anterior del maxilar. Las alteraciones maxilares, en forma de compresión maxilar, son más frecuentes cuanto menor peso tienen los niños al nacer.

Conclusiones: Es importante valorar en la historia clínica y la anamnesis, los datos referentes al periodo neonatal, pues nos pueden ofrecer información sobre la patología oral que

pueden presentarse en los pacientes nacidos bajo condiciones de alto riesgo biológico. Sería necesario llevar a cabo más estudios que aporten más datos que nos permitan identificar los posibles defectos de esmalte y/o alteraciones maxilares en los niños de alto riesgo biológico. Sería necesario incluir, dentro de los programas de atención temprana, a este tipo de paciente infantil, y diseñar protocolos de prevención, atención y seguimiento odontopediátrico.

*Este estudio forma parte de un estudio multidisciplinario, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

16. ALTERACIONES EN LA TRAYECTORIA ERUPTIVA DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES

Cardoso Silva C, Villalón Rivero G, Maroto Edo M, Barbería Leache E

Programa de Atención Odontológica Integral al Paciente en Edad Infantil. Madrid

Introducción: La erupción dentaria es un aspecto fundamental de la Odontología y en particular de la Odontopediatría. Es imprescindible una detección temprana de los cambios en este proceso para evitar complicaciones que puedan surgir como consecuencia de una alteración de la trayectoria eruptiva de cualquier pieza dentaria.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son: describir la trayectoria eruptiva fisiológica de los segundos premolares inferiores; resaltar la importancia de una detección temprana de cualquier alteración en este proceso; describir un tipo de alteración en el trayecto eruptivo de segundos premolares inferiores fácilmente detectada en las radiografías de aleta de mordida realizadas rutinariamente.

Material y método: En base a la literatura científica y a la presentación de una serie de casos clínicos, se describe la trayectoria eruptiva de los segundos premolares inferiores, las posibles complicaciones derivadas de una trayectoria desviada hacia distal y las posibilidades de intervención temprana en estos casos.

Resultados: La erupción hacia distal es una alteración de la trayectoria eruptiva que se puede detectar con mucha frecuencia a nivel de los segundos premolares inferiores y que en muchos casos debe ser tratada tempranamente.

Conclusiones: En las radiografías de aletas realizadas rutinariamente en la consulta de Odontopediatría se pueden detectar, con mucha frecuencia, alteraciones en la trayectoria eruptiva de los segundos premolares inferiores. Es de fundamental importancia la detección y el seguimiento de estas situaciones y una intervención temprana, cuando sea necesario, para reducir las posibles secuelas y permitir el correcto desarrollo de la oclusión.

17. ODONTOMA COMPUESTO Y SUPERNUMERARIO COMO CAUSA DE RETENCIÓN DENTARIA

Machuca Portillo C, Mendoza Mendoza A

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: Los odontomas son malformaciones tumorales caracterizadas por la producción de tejidos dentarios

maduros. Representan entre el 35-74% de todos los tumores odontogénicos.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 8 años sin antecedentes clínicos de interés. La madre observó un abultamiento en la zona vestibular de la hemiarca inferior derecha y una anomalía del recambio dentario. A la exploración intraoral se observa falta de la erupción del 41 y no se ha producido la exfoliación del 82, así como un diastema entre el 84 y 85. Presenta supernumerario del primer premolar mandibular derecho e incisivo lateral con forma dismórfica. No refiere dolor y se palpa tumoración.

En el estudio radiográfico se observa una imagen mixta formada por un área radiolúcida que en su interior contiene múltiples áreas radiopacas con aspecto de dientes y la retención de los gérmenes de los premolares e incisivo derecho.

Comentarios: Se discuten las alternativas de tratamiento y se presenta el plan de tratamiento realizado (la exodoncia del 81 y del 42 y la enucleación del odontoma). Se decide no realizar en la primera intervención la exodoncia del supernumerario para evitar la fractura mandibular.

18. ODONTOMAS EN LA INFANCIA: ESTUDIO DE 20 CASOS

Alves Vieira C, Suñé Regi M, Cahuana Cárdenas A
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Introducción: Los odontomas son tumores de origen odontogénico de carácter benigno y de crecimiento lento, formado por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, representando aproximadamente el 22% de los tumores odontogénicos.

Según la clasificación de la OMS de 1992 se reconocen dos tipos de odontomas: compuesto, en el cual están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado y formado por estructuras similares a los dientes denominados denticulos, y complejo en el cual están todos los tejidos dentarios con un patrón desordenado.

Objetivo: Revisión de la casuística del Hospital "Sant Joan de Déu" de Barcelona de pacientes diagnosticados de odontomas relacionando la evolución (favorable/desfavorable) con la edad de diagnóstico y el tipo de odontoma.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de odontomas, en el periodo 2000-2006, en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu. Se valoró: edad, sexo, motivo de consulta, localización y tipo de odontoma, edad de diagnóstico y evolución. En relación a la edad de diagnóstico se consideró: normal (durante los 6 meses de la edad normal de erupción), tarde (de 6 meses a 2 años de la edad normal de erupción) y muy tarde (más de 2 años de la edad normal de erupción). La evolución se consideró favorable cuando erupcionan espontáneamente los dientes implicados y no favorable cuando los dientes pierden su potencial eruptivo y se requiere tratamiento ortodóncico y/o quirúrgico.

Resultados: En el periodo 2000-2006 fueron diagnosticados 20 niños (9 niños y 11 niñas), con una media de edad de 11,7 años. El motivo de la consulta más frecuente fue el retraso eruptivo (70%) seguido de una tumoración visible y palpable (15%) y un 15% fue un hallazgo radiográfico casual.

La mayoría de odontomas se localizó en el maxilar (85%), en el sector posterior (60%) y más frecuentemente en la dentición permanente (70%).

El tipo de odontoma más frecuente por los pacientes fue el compuesto (65%).

La edad de diagnóstico se consideró normal en 25%, tarde en 15% y muy tarde en un 60%.

La evolución fue favorable en 40% con la erupción espontánea del diente comprometido y fue desfavorable en un 60%, de los cuales se realizó la exodoncia de los dientes implicados en un 10%.

Al relacionar la evolución con la edad de diagnóstico y el tipo de odontoma se observó que un 87,5% de los casos favorables se localizaron en el maxilar y 12,5% en la mandíbula, un 62,5% en la zona anterior y un 37,5% en la zona posterior, la edad de diagnóstico fue normal en un 62,5% y tardía en un 37,5% y el odontoma más frecuente fue el compuesto (62,5%). Los casos desfavorables fueron diagnosticados muy tardíamente, un 16,6% en la mandíbula y un 83,3% en el maxilar, un 75% en la zona posterior y el odontoma más frecuente fue el compuesto (66,6%).

Conclusiones: El odontoma es una patología relativamente frecuente. La mayoría de los odontomas fueron del tipo compuesto localizado en la zona posterior en el maxilar y diagnosticados de forma muy tardía provocando que el diente pierda su potencial eruptivo, siendo necesario realizar tratamientos ortodóncicos y/o quirúrgicos más complejos.

19. RETRASO DE LA ERUPCIÓN DE UN INCISIVO INFERIOR PERMANENTE ASOCIADO A UN ODONTOMA COMPUESTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN ODONTOPIEDIATRÍA

Miranda Quaresma S, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: Los odontomas son tumores de origen odontogénico de crecimiento lento y benignos. Se consideran tumores frecuentes dentro de este grupo y raramente aparecen en la dentición primaria.

Así mismo constituyen el 22% de los tumores odontogénicos de la cavidad oral. Es considerado un tumor mixto, con malformaciones y alteraciones de la función de los ameloblastos y de los odontoblastos, no siendo considerado una neoplasia verdadera.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de un paciente varón, de 9 años de edad, que acude al Departamento de Odontopediatría, de la Clínica Universitaria de Odontología de la Universitat Internacional de Catalunya, con la presencia de dos incisivos inferiores mandibulares temporales. El diagnóstico inicial radiográfico fue de un odontoma compuesto.

Procedemos la exéresis quirúrgica del presunto odontoma sin anestesia general o cualquier tipo de sedación, apenas con anestesia local.

Posteriormente se envió el presunto odontoma al laboratorio, donde se hizo un examen de anatomía patológica, llegando al diagnóstico de certeza de un odontoma compuesto.

20. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS INCLUIDOS

Ferrés-Amat E^{1,2}, Maura I, Díaz C, Prats J^{1,2}, Ferrés-Padró E^{1,2}

Servicios de Odontopediatría, ¹Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de Nens, Barcelona. ²Departamento de Patología Médico-Quirúrgica e Implantología, Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: La presencia de uno o más dientes supernumerarios es un factor importante que puede alterar la erupción normal de los dientes permanentes.

Objetivos: Describir el número, la localización, la forma y el abordaje quirúrgico de los dientes supernumerarios incluidos, en pacientes odontopediátricos sanos, que son tratados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de Nens de Barcelona.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de un periodo de dos años (mayo 2005/marzo 2007): 69 pacientes de edades comprendidas entre 5 y 19 años. Se trata de 40 niños (58%) y 29 niñas (42%), que han sido intervenidos bajo anestesia local y sedación.

Resultados: Se realizaron las extracciones quirúrgicas de un total de 101 dientes supernumerarios, de los cuales 46 fueron únicos, 19 dobles y 4 múltiples. Localización: 51 mesiodens (73,9%), 2 premolares superiores (2,9%), 6 premolares inferiores (8,7%), 4 caninos superiores (5,8%), 2 paramolares inferiores (2,9%) y 4 distomolares superiores (5,8%).

Conclusiones: Es imprescindible realizar una correcta exploración clínica y radiológica de cada paciente, para un diagnóstico precoz. La exodoncia quirúrgica es el tratamiento de elección para los supernumerarios incluidos y es necesario realizar una exploración con tomografía computerizada (TC) para la planificación del tratamiento en la mayoría de los casos.

21. SÍNDROME DE TREACHER COLLINS: IMPORTANCIA DEL ODONTOPEDIATRA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

De la Torre Sánchez A, Márquez Durán L, García Yáñez C, Gómez García E¹

Título de Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid (Directora: Profesora Paloma Planells del Pozo), ¹Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción y objetivos: El síndrome de Treacher Collins (STC) es una alteración del desarrollo craneofacial que pertenece al grupo de las disostosis mandibulofaciales y cuyo origen es genético, con inicio espontáneo de la mutación y después transmisión de tipo autosómico dominante.

Se caracteriza por presentar de forma habitual aunque de forma variable, hipoplasia malar, micrognacia, fisuras palpebrales descendentes y paladar fisurado.

Aunque es un síndrome que tiene una baja incidencia, su localización en la zona maxilofacial hace que sea importante

para el odontopediatra, como primer especialista que evalúa la zona bucal del niño, conocer los rasgos más importantes que presenta, así como el protocolo del tratamiento que se realiza actualmente en los pacientes infantiles afectados.

Material y métodos: Se presenta el caso de un niño con STC atendido desde su nacimiento en el Hospital de La Paz de Madrid, en el servicio de Cirugía Maxilofacial Infantil.

Se realiza también una revisión bibliográfica de los últimos datos relacionados con este síndrome, para ello se utilizan artículos obtenidos en revistas especializadas del sector. Palabras clave utilizadas en la búsqueda: *Treacher Collins syndrome* y *mandibulofacial disostosis*.

Resultados y conclusiones: A lo largo de la vida los pacientes afectados por el STC requerirán sucesivas intervenciones para intentar solventar muchas de sus alteraciones.

La primera y la más urgente es evitar la obstrucción de la vía aérea, necesitándose algunas veces la traqueotomía. En el caso clínico que presentamos se realizó una distracción mandibular como alternativa para mantener la vía aérea, consiguiéndose además con ella, mejorar la micrognacia del paciente.

El manejo odontológico de los niños con STC va a verse dificultado por el manejo de la vía aérea, así como por el acceso a la cavidad oral. La cirugía ortognática que posiblemente necesitará en algún momento de su vida también es otro dato a tener en cuenta por el odontopediatra encargado de supervisar la salud oral de estos niños desde el nacimiento.

22. SÍNDROME DE ASPERGER: EL SÍNDROME INADVERTIDO

Álvarez Muro T, Stofanelli Barbosa V

Título de Especialista en atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid (Directora: Profesora Paloma Planells del Pozo)

Introducción y objetivos: El síndrome de Asperger es un trastorno generalizado del desarrollo, de base neurobiológica, que se engloba dentro del espectro autista. La prevalencia de este síndrome está condicionada a los criterios diagnósticos, aunque todos los estudios apuntan unos valores aproximados de 2,6-4,8/1.000, con una frecuencia de tres a cinco veces superior en varones respecto a mujeres.

Aunque se presenta de forma diferente en cada niño, se caracteriza principalmente por una marcada dificultad en la comunicación e interacción social y por presentar patrones de comportamiento repetitivos y actividades e intereses restringidos.

La presencia de una inteligencia media y de ciertas habilidades especiales pueden llevar a infravalorar las dificultades y limitaciones con las que estas personas se encuentran en su vida diaria.

Entender las características especiales de estos niños resulta fundamental a la hora de desarrollar estrategias, que faciliten el manejo de conducta dentro de la consulta dental.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica del tema en revistas científicas de la universidad Complutense de Madrid, así como en libros especializados del sector y en diferentes bases de datos como Medline y Pubmed. Las palabras clave utilizadas en la investigación son: Asperger,

psicopatía autística, autismo, trastorno del espectro autista (TEA).

Resultados y conclusiones: El resultado a largo plazo y el pronóstico del tratamiento dependerá fundamentalmente de un diagnóstico precoz de estos niños y de una intervención correcta e individualizada encaminada a apoyar la continuidad del desarrollo.

Es necesario que exista una estrecha colaboración y comunicación entre las distintas personas implicadas en la educación y tratamiento del niño con síndrome de Asperger.

En el tratamiento odontológico centraremos nuestros esfuerzos en lograr un manejo conductual adecuado a las necesidades de estos pacientes.

23. PULPOTOMÍAS AL FORMOCRESOL VERSUS PULPOTOMÍAS AL SULFATO FÉRRICO

Lozano Cano I, Mendoza Mendoza A, Serna Lamela M, Barra Soto MJ
Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla

Introducción: Un objetivo importante de la odontopediatría es mantener la dentición primaria para así conseguir una correcta oclusión y una guía para la erupción de los dientes permanentes. Las pulpotomías ayudan a mantener esta integridad, permitiendo la preservación de dientes que sin este tratamiento se tendrían que extraer.

A lo largo de la historia han sido usados distintos materiales para realizar pulpotomías, pero el más ampliamente utilizado ha sido el formocresol. Últimas investigaciones han demostrado la toxicidad y el poder mutagénico y cancerígeno de este por lo que se ha hecho necesario encontrar técnicas y materiales alternativos.

Las pulpotomías al sulfato férrico han demostrado resultados comparables a las pulpotomías al formocresol, y actualmente es una de las técnicas que recibe mayor atención como posible tratamiento alternativo.

Material y método: El objetivo de este trabajo es comparar clínica y radiográficamente, pulpotomías realizadas con formocresol y con sulfato férrico. El estudio se realiza sobre una muestra de 37 dientes pertenecientes a 13 pacientes de entre 4 y 10 años, en los que estén indicadas al menos dos pulpotomías en los molares temporales, tratados cada uno con una de las técnicas a evaluar y comparados bajo las mismas condiciones.

Las evaluaciones clínicas y radiográficas se realizarán a los 12 y 24 meses, y en ellas se buscará: signos de inflamación, reabsorciones internas o externas, radiolucidez apical o de la furca, inflamación del espacio del ligamento periodontal y obliteración del canal pulpar. Así mismo valoraremos la cronología del recambio dentario y el estado del diente permanente que le sustituye.

Resultados: A los 12 meses se observa que de los 37 molares temporales tratados sólo se ha observado un fracaso radiográfico en una pulpotomía realizada con formocresol, en la que se encontró reabsorción radicular externa.

Cuatro de los molares tratados con pulpotomía realizada con formocresol y dos de las realizadas con sulfato férrico ya se habían exfoliado, observándose en ambos casos una cronología normal de su recambio (ausencia de adelanto o retraso en la exfoliación), así como la inexistencia de hipoplasias en el esmalte de los premolares que los han sustituido.

Conclusiones: La técnica de pulpotomía al sulfato es una técnica fiable y predecible. No se observan alteraciones en el diente temporal pulpotomizado. No se producen alteraciones en la cronología del recambio así como tampoco en el diente permanente que le sustituye.

24. RESPUESTA CELULAR DEL MTA BLANCO Y GRIS FRENTE A UN CEMENTO PORTLAND

Cortés Lillo O, García Ballesta C, Pérez Lajarín L
Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Murcia

Introducción: En la actualidad el MTA se considera una alternativa fiable al uso del formocresol para las pulpotomías en dentición temporal. Diversos estudios observan un elevado éxito clínico y radiológico de este material en las pulpotomías, así como una adecuada biocompatibilidad. Recientemente distintos autores sugieren la utilización del cemento Portland como material de obturación de conductos.

Objetivo: El objetivo de este estudio ha sido comparar la biocompatibilidad del MTA blanco frente al gris y un cemento blanco Portland en un cultivo primario de fibroblastos pulpares, mediante un ensayo de MTT.

Material y método: Para ello se obtuvo un cultivo de fibroblastos pulpares a partir de tejido pulpar humano extraído de premolares sanos. La citotoxicidad de los materiales de estudio (MTA Blanco MTA gris y Cemento Portland) fue valorada mediante un ensayo de MTT, tras una exposición de las células de 24 horas a extractos de diversas concentraciones de los materiales estudiados. Como control positivo se utilizó metil-metacrilato y como control negativo se empleó el medio de cultivo.

Resultados: Las diferencias en los valores de viabilidad celular se analizaron mediante ANOVA y los resultados mostraron que el grupo de MTA gris mostraba valores más altos de biocompatibilidad que el resto de los grupos estudiados.

Conclusiones: El MTA mostró mejor biocompatibilidad que el cemento Portland, que lo hace indicado para las pulpotomías. Con el cemento Portland se precisan más estudios con otros cementos de distinta composición y modificación en la técnica de su obtención.

25. PATOMIMIA MORSICATIO BUCCARUM

Yagüe García J, Berini Aytés L, Gay Escoda C
Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial, Universidad de Barcelona

Introducción: La Patomimia Morsicatio Buccarum es una forma de afectación mucocutánea ficticia que se produce por un acto encubierto y deliberado del paciente con pleno conocimiento y consciencia. Los pacientes reproducen o perpetúan su cuadro utilizando o resaltando los mecanismos que lo causaron.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 9 años, sin antecedentes patológicos ni alérgicos de interés, que fue remitido a nuestro Servicio de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial para valorar una gran úlcera de 15 días de evolución en el fondo de vestíbulo inferior. La evolución de la lesión fue la siguiente: el paciente acudió a nuestra clínica 15

días después de haber tenido molestias y enrojecimiento del fondo de vestíbulo inferior, que habían aparecido posteriormente a un cuadro que el pediatra había diagnosticado como constipado común. Dos días después apareció una pequeña úlcera que fue aumentando de tamaño hasta el día en que visitamos al paciente. A la exploración intrabucal se constata la presencia de una gran ulceración indolora de 2 x 1,5 cm de diámetro y 1 cm de profundidad en la encía queratinizada y libre vestibular, así como en la mucosa del labio inferior. La lesión presentaba un aspecto necrótico tanto en la superficie como en profundidad. El plan de tratamiento consistió en la realización de un cultivo microbiológico, una biopsia incisiva de la lesión, el estudio histológico de las muestras, y una analítica sanguínea. De este modo, tras descartar otras posibles patologías, explicamos a la madre la posibilidad de que la lesión fuese autoinducida.

Discusión: Este comportamiento autolesivo es más frecuente en adolescentes de sexo femenino, y en la mayoría de los casos, el objetivo de estas conductas patológicas es la ganancia secundaria de afecto y atención. Por otro lado, las estrategias psicoterapéuticas están encaminadas a que el paciente aprenda a entender y expresar sus emociones de manera constructiva. Es muy importante conocer el estrato psicodinámico, ya que nos facilita el manejo terapéutico de los pacientes con lesiones autoinducidas. En algunos individuos el mordisqueo de las mucosas se convierte en una neurosis que la mayoría de ellos desconoce. Finalmente, la anatomía patológica, la analítica sanguínea y el cultivo microbiológico serán concluyentes si no se muestran patognomónicos de otras lesiones.

26. COMPARACIÓN DE LA INSTRUMENTACIÓN ROTATORIA Y MANUAL EN DIENTES TEMPORALES

Crespo Jiménez S, Cortés Lillo O, García Ballesta C, Pérez Lajarín L

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia

Objetivo: El objetivo de este estudio *in vitro* es valorar comparativamente la forma de los canales radiculares de dientes temporales instrumentados con el sistema de limas rotatorias Profile y con limas K manuales.

Material y método: Para ello se utilizaron 30 dientes temporales unirradiculares extraídos, se hicieron dos grupos: el grupo I (15 dientes) se instrumentó manualmente con limas K, y el grupo II (15 dientes) se instrumentó con limas rotatorias Profile 0,04. Se recogió el tiempo de instrumentación y se tomó una impresión de los canales radiculares con silicona para evaluar la forma de los mismos observando los moldes con un estereomicroscopio. Los datos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS 14.0 aplicando el test T-student y el test de Fisher.

Resultados: Los resultados mostraron que el tiempo de preparación con limas Profile rotatorias era significativamente menor que con limas K manuales ($p = 0,004$). Los conductos instrumentados con rotatoria mostraron una mayor conicidad comparado con los instrumentados manualmente con diferencias significativas ($p = 0,002$).

Conclusión: El uso de limas rotatorias en niños tiene ventajas con respecto a las manuales, exigen menor tiempo de tra-

bajo, lo cual es favorable para no cansar demasiado al niño y no perder su colaboración. Al dar una forma más cónica al conducto permite una mejor obturación posterior y con ello favorece el éxito clínico.

27. ANÁLISIS DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HNB

Díaz C, Arriola C, Ferrés E, Herrera S, Maura I

Hospital de Nens. Barcelona

Introducción: Las urgencias odontológicas son situaciones que, bien en opinión del profesional, del propio paciente o de sus padres, requieren una atención médica inmediata.

Objetivos: Se ha procedido a analizar las urgencias que habitualmente son atendidas en nuestro Servicio de Odontopediatría.

Material y método: Hemos realizado este estudio sobre una muestra de pacientes que requirieron ser visitados de urgencias en el periodo de tiempo correspondiente a junio, julio y septiembre de 2005. Se registraron datos de estos pacientes tales como: motivo de la consulta, sexo, edad, diente afectado y diagnóstico.

Resultados: La urgencia más frecuentemente atendida es el traumatismo seguido de la permanencia del diente temporal una vez ha iniciado la erupción el diente permanente y los procesos infecciosos. El perfil del paciente que demanda más asistencia es un niño de 2 ó 3 años con fractura de esmalte y dentina de un incisivo central que acude un martes del mes de julio.

Conclusión: Hemos establecido las distintas causas que llevan a demandar asistencia odontopediátrica urgente para relacionándolas con distintos parámetros nos permitan coordinar la demanda de asistencia urgente con la disponibilidad del Servicio de Odontopediatría.

28. LA DIFICULTAD DEL EJERCICIO DE LA ODONTOPEDIATRÍA

Galofré Kessler N, Boj Quesada JR, Espasa Suárez de Deza E, Hernández Juyol M

Departamento de Odontopediatría. Universitat de Barcelona

Introducción: La tendencia de la sociedad actual de sobreproteger a los niños puede ser la causa de una mala interpretación por parte de los padres/familiares de la conducta (lloros, gritos, rabietas) ofrecidas por el niño en la consulta dental. Los niños pueden llorar por múltiples causas y descubrir la razón de su llanto es tarea bien difícil incluso por los propios padres. Las técnicas de guía de la conducta han evolucionado hasta introducir técnicas como la magia para obtener la colaboración del paciente infantil.

Métodos: Para poder demostrar que los niños lloran y que ello forma parte de su conducta hasta cierta edad, se estudió cómo se comportaban los niños en un ambiente distinto al dental, pero que implicara estar con personas desconocidas que contactaran físicamente con ellos, el lugar escogido para ello fue una peluquería infantil. Además comprobamos la eficacia de diferentes técnicas de guía de la conducta para poder

evitar situaciones de no colaboración en la consulta odontopediátrica.

Conclusiones: Para obtener el éxito en odontopediatría se debe conseguir una buena relación entre paciente, padres y profesional, los padres deben entender las técnicas de guía de la conducta aplicadas y no malinterpretar el comportamiento del niño en la consulta. El odontopediatra resuelve lo que está en sus manos mediante la guía de la conducta y la dificultad del ejercicio de la odontopediatría varía en cada paciente.

29. EL DECÁLOGO DE LA BUENA CONDUCTA. LOS CIMIENTOS DE LA COOPERACIÓN

Muñiz C, Boj JR, Espasa E, Hernández M
Facultat de Odontologia, Universitat de Barcelona

Introducción: Obtener la colaboración del niño en el gabinete dental es imprescindible para culminar con éxito un tratamiento odontológico. Consideramos la guía de conducta del paciente infantil como parte, quizá la más importante, de la secuencia terapéutica. Más aún, podríamos afirmar que es el eslabón clave de la cadena: el facultativo más habilidoso y técnicamente mejor preparado no conseguirá llevar a cabo la más simple de las operatorias si el niño no coopera.

Decálogo de la buena conducta: nuestro trabajo quiere establecer, a modo de decálogo, los elementos que consideramos básicos a la hora de obtener una adecuada conducta, los cimientos de la cooperación:

1. Empatía.
2. Confianza.
3. Odontología sin dolor.
4. Comunicación verbal.
5. Comunicación no verbal.
6. Seguridad y control emocional del odontólogo.
7. Establecimiento de los roles y de las "reglas del juego".
8. Presencia de los padres.
9. Consentimiento informado.
10. Experiencia.

Conclusiones: Según nuestro decálogo, para conseguir la conducta deseada del paciente odontopediátrico debemos:

1. Ponernos el la piel de nuestros pacientes.
2. No mentir jamás al niño.
3. Ante todo, no hacer daño (*primum non nocere*).
4. Medir lo que decimos y cómo lo decimos.
5. Hacer que el gesto acompañe (y refuerce) a la palabra.
6. No mostrarnos dubitativos, aunque realmente lo estemos.
7. Marcar claramente el papel que desempeña cada uno.
8. Ser flexibles al decidir la presencia de los padres.
9. Siempre obtener consentimiento informado.
10. Aprovechar nuestra experiencia... ¿la madre de la ciencia?

30. DIENTES SUPERNUMERARIOS MÚLTIPLES NO ASOCIADOS A UN SÍNDROME: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Valentín Sánchez J, Cahuana Cárdenas A
Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

Introducción: Los dientes supernumerarios son entidades relativamente frecuentes. La prevalencia varía entre el 1,5 y el 3,5%. Los dientes supernumerarios múltiples son menos frecuentes y se describe una prevalencia del 1% que generalmente se encuentra asociado con síndromes como: la displasia cleidocraneal, síndrome de Gardners y paladar/labio fisurado; hay una predilección por la mandíbula y la región premolar seguida por la región molar y anterior, de etiología desconocida siendo la teoría más aceptada, la que lo señala como un desorden hereditario multifactorial que conduce a una hiperactividad de la lamina dental.

Objetivo: Evaluar los hallazgos clínicos, radiográficos de supernumerarios múltiples (dos o más) para establecer ya sea un tratamiento precoz o tardío en pacientes sanos no sindrómicos teniendo en cuenta la posición del supernumerario y la formación radicular del diente permanente.

Material y método: Se efectuó un estudio prospectivo durante un periodo de 4 años (2002-2006). En pacientes atendidos en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu, se diagnosticaron 35 casos de dientes supernumerarios múltiples de una serie de 117 casos de dientes supernumerarios, 29 casos presentaron dos dientes supernumerarios y 06 casos presentaron dientes supernumerarios múltiples (tres o más), los pacientes no presentaban antecedentes médicos relevantes, se registro los casos mediante un protocolo de dientes supernumerarios, teniendo en cuenta los siguientes datos: la edad, sexo, si ha erupcionado o no, localización, situación, morfología, orientación de erupción, presencia de alteraciones asociadas a la erupción, si precisan tratamiento ortodóncico y evolución.

Resultado: Hallamos 35 casos de dientes supernumerarios múltiples, 25 hombres (71,4%) y 10 mujeres (28,6%), el rango de edad fue de 7 a 15 años, los que presentaban 02 dientes supernumerarios se localizaron con más frecuencia en zona anterior causando alteraciones clínicas (erupción dental). Los pacientes que presentaban más de tres supernumerarios la mayoría se localizaba en zona de premolares y el hallazgo era radiológico.

La mayoría de los casos tuvieron una evolución favorable con erupción del diente retenido, otros necesitaron tratamiento ortodóncico y algunos pacientes necesitaron varias intervenciones.

Conclusiones: Una ortopantografía durante la dentición mixta permite la detección temprana de anomalías que clínicamente no se observa, previniendo posible pérdida dental, reduciendo complicaciones y permite un manejo correcto del espacio.

La presencia de supernumerarios en la dentición temporal, debería alertar al clínico de la posibilidad de formaciones futuras de dientes supernumerarios en la dentición permanente.

31. AGENESIA DENTAL Y SU HERENCIA

Colominas Dalmases J, Maura Solivellas I, Boj Quesada JR
Servicio de Odontopediatría, Hospital de Nens, Barcelona

Introducción: Se conoce por agenesia dental a la ausencia congénita de uno o varios dientes. Aparece en mayor frecuencia en dentición permanente y en nuestra población los segun-

dos premolares inferiores seguidos por los incisivos laterales superiores son los que más comúnmente se observan ausentes. Su etiología no está clara: evolución de la especie, causas generales, locales y factores hereditarios. El objetivo de nuestro estudio será determinar las agenesias más frecuentes dentro de la muestra y estudiar el patrón hereditario de los pacientes con antecedentes familiares de agenesia.

Material y método: A través de primeras visitas y/o controles durante un período de 11 meses se recogen 73 casos de pacientes con agenesia dental en el Servicio de Odontopediatría de l'Hospital de Nens de Barcelona. De este grupo se escogen los pacientes con antecedentes familiares de agenesia.

Resultados: Observamos la mayor frecuencia de aparición de agenesia en dentición permanente respecto a la temporal y por sexos un 58,9% de los casos eran niñas. Del total de agenesias los segundos premolares inferiores fueron los que con más frecuencia la presentaron, en un 40,96%, seguido por un 29,51% por los incisivos laterales superiores. Relevancia de la herencia familiar.

Conclusiones: Excluyendo los terceros molares, los segundos premolares inferiores son los dientes que con más frecuencia presentan agenesia. Existe una mayor incidencia de agenesia en dentición permanente respecto a la temporal. Respecto al sexo encontramos que existe una mayor incidencia en las niñas.

32. LA TEORÍA DE LA RELATIVIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

Navarro J, Girón B, Iraheta G, Boj JR

Facultat de Odontologia. Universitat de Barcelona

En 1905, Albert Einstein formula la Teoría de la Relatividad. A partir de este momento los diferentes campos del conocimiento (arte, psicología, medicina) empiezan a utilizar el concepto de relativismo, una doctrina que propugna que el conocimiento humano es incapaz de alcanzar verdades absolutas.

En odontopediatría se sigue el mismo principio. El odontopediatra basa sus decisiones en hechos subjetivos que debe saber evaluar e identificar. Existen situaciones controvertidas que pueden ser interpretadas de forma diferente por los padres y el profesional. En el caso de la anestesia general, por ejemplo, el odontopediatra lo ve como una técnica rutinaria mientras que para los padres puede suponer fuente de dudas y preocupación.

El objetivo de esta presentación es explicar cómo se aplica el concepto de relatividad a nuestra práctica diaria, analizando los factores que influyen en dicha toma de decisiones y conociendo las situaciones más controvertidas en las que estos serán más influyentes.

33. VALORACIÓN DEL MIEDO DENTAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UB

Iraheta G, Chimenos L, Muñiz C, Boj JR

Facultat de Odontologia. Universitat de Barcelona

Introducción: Miedo y dentista son dos conceptos cogidos de la mano desde los albores de la Odontología. Queremos conocer el principal generador de miedo dental entre los estudiantes de Odontología.

Objetivos:

1. Conocer el procedimiento terapéutico considerado más estresante en niños.
2. Determinar si los estudiantes tienen miedo a acudir al dentista y sus consecuencias.
3. Detectar miedos dentales antes de los 18 años.
4. Cuantificar e identificar experiencias negativas en el dentista.

Saber si conocen a alguien que haya pasado tales experiencias.

Pacientes y método: Un total de 506 estudiantes de los cinco cursos de la licenciatura completaron un cuestionario con nueve preguntas, siete cerradas y dos abiertas.

Resultados: El procedimiento más estresante en menores de 18 años es la aplicación de anestesia (43,48%). Un 90,12% no tiene miedo a la visita odontológica. Un 76,68% no refiere miedo al dentista antes de los 18 años. El 85,18% no recuerda una experiencia personal negativa, siendo el dolor a la anestesia local la más frecuente de todas. El 62,25% no conoce a nadie que haya sufrido tales experiencias.

Conclusiones: Los estudiantes de odontología de la UB consideran que la mayor causa de estrés antes de los 18 años es la infiltración anestésica; la mayoría no tiene miedo a ser visitado por el dentista y un alto porcentaje tampoco experimentó miedo antes de los 18 años. La experiencia negativa más frecuentemente referida es la colocación de anestesia local, y para las personas cercanas, el dolor en exodoncias.

34. LA LEY DEL PÉNDULO EN ODONTOPEDIATRÍA

Hahn Chacón C, Chemane E, Huerta L, Velasco M, Boj JR

Facultat de Odontologia. Universitat de Barcelona

La ley del péndulo es un concepto físico desarrollado por Galileo Galilei en el siglo XVII. Esta misma teoría, basada en el movimiento oscilatorio de un objeto en un periodo de tiempo determinado, puede extrapolarse a otros ámbitos de la sociedad y profesionales. El movimiento pendular es profundamente significativo, todo fluye y refluye, sube y baja, crece y decrece, va y viene como lo establece la ley del péndulo. Todo está sometido al vaivén del tiempo, evolucionando e involucionando y la odontopediatría no escapa a esta consideración. En cada uno de los vértices de la tríada odontopediátrica: niño, padres, profesional, quedan reflejados estos movimientos pendulares. Algunas técnicas de guía de conducta más restrictivas que antes eran usadas habitualmente, ahora son consideradas controvertidas. También ha habido cambios respecto a la selección de fármacos para sedación, pasando de narcóticos al diazepam y posteriormente al midazolam. Debemos entender que vivimos enmarcados en procesos dinámicos, donde hay cambios constantes y es una utopía intentar permanecer en el punto de equilibrio.

35. CARIES PRECOZ DE LA INFANCIA. ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO

Fragoso Espinosa F, Aiguaviva Pinsach A, González Chópito Y, Cahuana Cárdenas A
Hospital Sant Joan de Déu (UB), Barcelona

Introducción: La caries precoz de la infancia es una enfermedad infecciosa de origen multifactorial y es uno de los principales motivos de consulta en Odontopediatría y en la mayoría de los casos requiere un tratamiento bajo anestesia general. En los últimos años ha aumentado la demanda de tratamiento de estos pacientes en nuestro centro, por lo que vimos necesaria una evaluación de los factores involucrados.

Objetivo: Valorar mediante una encuesta los factores sociodemográficos y de riesgo de caries precoz de la infancia en pacientes tratados en el Sant Joan de Déu, Barcelona.

Materiales y método: Se realizó una encuesta en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, durante el periodo 2005-2006 a 176 familias de pacientes menores de 6 años con policaries. Se realizaron encuestas supervisadas sobre datos sociodemográficos de la familia, los hábitos de higiene oral, medidas preventivas previas (higiene previa, utilización de flúor, visita previa al dentista), detención inicial de caries, índice de caries y sobre errores dietéticos habituales (chupete endulzado, biberón nocturno, lactancia materna para dormir y/o durante la noche, zumos frecuentes durante las comidas, dulces y bollería entre comidas). Se incluyó también el tipo de tratamiento efectuado, ambulatorio o bajo anestesia general, así como el caod.

Resultados: De las 176 encuestas efectuadas se obtuvo, entre los datos sociodemográficos, una edad media de la madre de 30,5 y del padre de 33,5. Un 54,55% eran naturales del país y 45,55% extranjeros. El 48,86% de los padres tenía un nivel de estudios primarios.

La edad media de los niños es de 4 años (59,66% fueron niños y el 40,34% niñas) y un 35,23% habían nacido fuera de España.

En cuanto a las medidas preventivas, la higiene oral era precaria antes de la primera visita en un 71,02%. Sólo un 0,57% ha utilizado previamente flúor. La caries fue detectada por la madre en el 68,18% de los casos.

Dentro de los errores dietéticos, los más comunes se correspondieron al consumo de biberón nocturno (55,11%), dulces y bollería entre comidas (62,50%) y zumos (64,77%).

La mayoría aceptó varios errores. Sólo un 7,95% negó todos estos hábitos.

Un alto porcentaje de estos pacientes fueron tratados bajo anestesia general. El índice CaO fue de un 50%.

Conclusión: La serie estudiada destacamos: bajo nivel de formación académica (un elevado porcentaje de procedencia extranjera), escasa aplicación de medidas preventivas y elevada presencia de errores dietéticos. Destacamos la ausencia previa de visitas al odontopediatra, siendo la madre la que detecta por primera vez la lesión.

Deducimos que los familiares (padres) tienen poca o nula información con respecto a las medidas preventivas de la salud bucal y sobre los errores dietéticos durante la primera infancia.

Los odontopediatras deben hacer llegar esta información a los profesionales de la salud en general, y estos a su vez deben transmitir esta información a los padres, de ser posible durante el embarazo, periodo en que los padres son muy receptivos a la información educativa sanitaria.

36. QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Cárdenas Ortiz A, Cahuana Cárdenas A, Parri Ferrandiz FJ

Hospital Sant Joan de Déu, Espulgues de Llobregat, Barcelona

Introducción: El queratoquiste constituye un tipo histológico de los quistes odontogénicos de desarrollo que se presenta entre la segunda y tercera década de la vida y tiene un segundo pico de aparición hacia la quinta década. La ubicación más frecuente es en la zona del tercer molar inferior en el ángulo mandibular, desde donde progresan hacia la rama y el cuerpo. Además se describe una alta tasa de recurrencia post-exéresis.

El tratamiento en algunos casos, debido a la extensión del quiste puede ser mutilante, por lo que la marsupialización previa es una terapia útil.

Caso clínico: Se trata un paciente de sexo femenino de 12 años de edad, visitada previamente en nuestro centro hace 3 años por presentar quiste radicular a nivel de 75, que evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta.

Acude de urgencias por presentar secreción en zona retro-molar de 47. No dolor previo, no tumoración palpable. Se realizó radiografía panorámica para descartar patología relacionada al segundo y tercer molar. El examen radiográfico fue sorprendente al presentar una lesión quística extensa distal a 47 que abarca toda la rama ascendente y desplaza al germen del 48, sugiriendo el diagnóstico de queratoquiste.

La evaluación clínica pre-operatoria sugirió una intervención agresiva y difícil sobre la rama ascendente, por lo cual se decidió la marsupialización con la finalidad de disminuir el tamaño de la lesión.

Se realizó un drenaje del quiste, observando salida de un líquido entre blanquecino y marrón con gránulos. Se diseñó un drenaje fijado a una placa de resina. Se pospuso la intervención y durante 3 meses se realizaron lavados de la cavidad y drenaje permanente.

Se realizaron otros exámenes radiográficos (TAC y ortopantomografías de seguimiento).

A los 3 meses se constató disminución del quiste y aumento del tejido óseo. Se realizó la exéresis del quiste y del molar incluido de forma convencional, eliminando la fístula de drenaje en el acto operatorio. La evolución clínica hasta la fecha es favorable.

Comentarios: Destacamos el queratoquiste en las primeras etapas de la segunda década, la escasa sintomatología y la gran afectación ósea con alto riesgo de fracturas. Así mismo destacamos la mejoría previa a la cirugía mediante la marsupialización, y la colaboración entre el odontopediatra y el cirujano para el mejor manejo de este tipo de lesiones.

37. POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA CIUDAD DE SEVILLA. GRUPOS DE RIESGO SOCIAL EN ODONTOPEDIATRÍA

Serna Lamela M, Gómez Vidal B, Lozano Cano I
Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla

El cambio que ha sufrido la odontología en los últimos tiempos en nuestro entorno es una realidad. El paso de los tra-

tamientos de urgencia y mutilantes a los restaurativos, preventivos e incluso estéticos, que demanda nuestra población, pone de manifiesto las mejoras en referencia a su salud bucodental. Somos conscientes de la relación directa entre estas y las mejoras en sus condiciones de vida (poder adquisitivo, nivel cultural, cobertura sanitaria, hábitos saludables, etc.).

También sabemos que en España existe un claro patrón de desigualdad en la utilización de los servicios dentales, demostrado en múltiples encuestas de salud. La proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que descendemos en la escala social. Es predecible por tanto la existencia de una desigualdad en la salud bucodental de la población española según el grupo social al que pertenezcan.

La lucha contra la pobreza es el primer reto de la "Declaración del Milenio" de la ONU. El porcentaje de niños pobres ha aumentado en la mayoría de los países desarrollados, convirtiéndose en la máxima prioridad según el informe UNICEF 2005. Concretamente, durante la última década, la proporción de niños que viven en la pobreza ha incrementado en 17 de los 24 países de la OCDE de los que existen datos comparables disponibles (UNICEF, 2005).

En España, aproximadamente un 20% de la población

(más de 8 millones de personas) vive en situación de pobreza relativa. 5 puntos por encima de la media de los países que forman la Unión Europea (Fundación FOESSA, 2006). En lo relativo a la población menor de edad, se estima que el 13,3% de los menores en España vive en situación de pobreza. Esto implica que la pobreza infantil a escala estatal ha aumentado en un 2,7% en la década de mayor desarrollo económico.

El objetivo de esta comunicación es hacer un análisis de la población odontopediátrica de Sevilla capital para detectar la población infantil que, bien por una precariedad económica, o bien por una situación social o cultural puedan sufrir exclusión social y desigualdades en salud. El conocimiento de los mismos nos permitirá aportar un tratamiento integral que cubra la clínica y las necesidades especiales de este paciente odontopediátrico, tanto en el campo clínico como psicosocial.

Conscientes de la relación directa entre exclusión social y desigualdades en salud y viendo los índices de exclusión de Sevilla, consideramos necesaria la implantación de distintos programas de salud bucodental para trabajar directamente sobre colectivos desfavorecidos.

Comunicaciones Pósters

1. EL PACIENTE AUTISTA. PLAN DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA

Teixeira Antunes V, Riera Di Cristofaro R, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatria Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El autismo es un trastorno neurobiológico muy complejo del desarrollo que afecta durante toda la vida de la persona.

Las Naciones Unidas y la OMS plantean que el 10% de la población es portadora de discapacidades de distintos tipos y niveles de gravedad, por lo que médicamente se denominan pacientes discapacitados. Entre ellos, los pacientes con trastornos psiquiátricos y neuro-psiquiátricos, como los autistas, representan del 3 al 4% y son llamados pacientes especiales.

El trastorno cerebral del autismo empieza en la primera infancia y persiste a lo largo de la edad adulta, afectando tres zonas cruciales del desarrollo: la comunicación verbal y no verbal, la interacción social y el juego creativo o imaginativo.

Justificación: Los autistas demuestran un alto índice de susceptibilidad a la caries dental, así como un alto riesgo a padecer enfermedades periodontales. Se debe a la preferencia de comidas suaves y dulces y a la deficiente coordinación masticatoria y de formación del bolo alimenticio.

Los tratamientos de mayor necesidad en estos pacientes son las tartarectomías con ultrasonido, procedimientos periodontales e instrucciones de higiene oral y nutricional.

Los traumatismos dentales representan una patología importante en los pacientes autistas, principalmente debido a

la hiperactividad (un síntoma muy común) y a la autodestrucción o autolesión, igualmente común en esta población. Alrededor de un 70% de pacientes autistas muestran signos de autolesión en algún momento de su vida. La autolesión a nivel mandibular y mentoniano, así como la alta incidencia de bruxismo, está muchas veces asociado a las conductas estereotipadas que presentan estos individuos.

El mayor reto para el odontólogo es la comunicación, debido a la dificultad del paciente para expresarse y relacionarse con otros.

2. DISPLASIA ECTODÉRMICA EN ODONTOPEDIATRÍA

Salinas Noyola A, Quaresma Miranda S, Barroso Barroso J, Barbero Castelblanque V, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatria Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: La displasia ectodérmica es un conjunto heterogéneo de desórdenes que envuelven los tejidos que derivan del ectodermo.

Se estima que la frecuencia de esta enfermedad es de 1/100.000 recién nacidos vivos. Los niños afectados presentan como mínimo una de las siguientes condiciones: tricodisplasia, defectos dentales y onicodisplasia o disidrosis. Existen 2 tipos de displasia ectodérmica: la forma anidrótica, llamada síndrome de Christ-Siemens-Touraine y la hidrótica o síndrome de Clouston.

Como manifestaciones clínicas generales presentan alteraciones de la piel, infecciones oculares recurrentes, rinitis crónica, uñas distróficas, epistaxis, disfgia, disfonía, alopecia y facies atípica, con disminución de la resistencia a infecciones respiratorias. A nivel oral, la anodoncia parcial o total de los dientes primarios y permanentes y la malformación de los dientes son los hallazgos más frecuentes en relación a las características odontológicas.

Justificación: Tratar pacientes pediátricos con este tipo de enfermedad requiere por parte del odontopediatra un conocimiento exhaustivo sobre varios aspectos como: desarrollo, tipo de comportamiento, técnicas prostodónticas, de operatoria dental y la capacidad para motivar al paciente y a sus padres para que acudan a revisiones frecuentes.

3. PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN

Melara Munguía A, Ribelles Llop M, Pérez Pérez M, Arregui Gambús M, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El síndrome de Williams fue descrito por primera vez en el año 1961 por un médico neozelandés, el Dr. J.C.P. Williams, quien informó de un cuadro clínico complejo. Los síntomas más destacados del síndrome consisten en una expresión característica de la cara, un retraso general en el desarrollo mental y un defecto coronario de nacimiento, conocido como estenosis supraaórtica (ESA). En 1964, un especialista en pediatría de la ciudad alemana de Göttingen, el Profesor Beuren, informó de varios casos de ESA, que presentaban una sintomatología similar a la descrita por el Dr. Williams. El cuadro descrito por ambos científicos es conocido como el síndrome de Williams-Beuren.

Justificación: El síndrome de Williams es una condición poco común, con una proporción aproximada de 1 por cada 20.000 nacimientos vivos. Se produce a causa de una alteración en el cromosoma número 7, que es el encargado de aportar la elastina. En el aspecto craneofacial se encuentra cabeza pequeña, hipotelorismo, hendiduras palpebrales cortas, epicanto, iris estrellado, dorso nasal plano (nariz chata), orificios nasales antevertidos (desplazados hacia delante), frente estrecha, labios gruesos, prolongación del surco nasolabial y mentón pequeño. Los dientes suelen tener desarrollo incompleto, estar ampliamente espaciados o tener ausencia parcial de esmalte.

Comentarios: Actualmente es muy difícil detectar el síndrome antes del nacimiento. Sin embargo, existe una prueba microgenética por la que después del parto se puede detectar el síndrome en un 90% de los niños afectados. Se debe de tomar en cuenta el patrón craneofacial y las manifestaciones clínicas, para llevar a cabo un correcto protocolo en el tratamiento dental.

4. TETRALOGÍA DE FALLOT EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

Gómez Antón G, Quaresma Miranda S, Broch Álvarez S, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: La enfermedad cardíaca congénita afecta a 8 de cada 1.000 nacidos vivos. Un tercio consiste en anomalías complejas. Debido a una mejora en la detección, en el diagnóstico y con los progresos en los métodos quirúrgicos y anestésicos, el número de niños supervivientes se está incrementando. Durante el primer año de vida, estos niños con frecuencia reciben un tratamiento quirúrgico y médico extenso y están cortos o largos periodos de estancia en el hospital. Pronto, los problemas de salud dental son comunes en los niños con enfermedad cardíaca congénita asociados frecuentemente a factores como la nutrición, medicación y la exigente situación de sus familias.

Justificación: La tetralogía de Fallot está presente aproximadamente en 5 de cada 10.000 nacidos vivos y las consecuencias de esta cardiopatía en el niño son múltiples.

El control de la salud oral en estos pacientes es sumamente importante ya que cualquier infección en la cavidad oral puede tener repercusiones fatales a nivel sistémico.

Nuestro objetivo es exponer los problemas orales de los niños con tetralogía de Fallot y el tratamiento odontológico adecuado de estos.

Comentarios: Debido al aumento en la tasa de supervivencia de niños con cardiopatías congénitas, estos son cada vez más frecuentes en nuestras consultas, por lo que es importante el conocimiento del manejo clínico de este tipo de pacientes.

5. CARACTERÍSTICAS ODONTOESTOMATOLÓGICAS Y PROTOCOLO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN EN ODONTOPEDIATRÍA

Boix Domingo H, Ribelles Llop M, Barroso Barbosa J, Mayné Ación R, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: La trisomía 21 o síndrome de Down constituye la primera causa congénita de retraso mental, así como la anomalía congénita más frecuente en el hombre. Las perspectivas de supervivencia de estos pacientes son cada vez mayores, debido al diagnóstico precoz prenatal del síndrome.

Justificación: Los niños con síndrome de Down presentan unas características estomatológicas propias y una mayor susceptibilidad a presentar ciertas enfermedades dentales y periodontales. Estos niños van a aparecer antes o después por nuestras consultas y el odontopediatra precisa estar dispuesto para tratarle adecuadamente conociendo perfectamente sus características clínicas, psicológicas y funcionales.

Nuestro objetivo es analizar las características odontoestomatológicas propias de los pacientes con síndrome de Down y establecer un protocolo de asistencia odontológica con el fin de prevenir y tratar precozmente los problemas inherentes asociados a la esfera orofacial.

Comentarios: Los niños con síndrome de Down presentan una mayor tendencia a desarrollar enfermedad periodontal y maloclusiones desde edades tempranas, que deben prevenirse y tratarse cuanto antes con el fin de evitar problemas mayores en la edad adulta.

6. PLAN DE ACTUACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ODONTOPEDIATRÍA

Contreras Somoza M, Riera Di Cristofaro R, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ

Máster en Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El cáncer en niños menores de 15 años es la segunda causa de muerte, después de los accidentes. La tasa de mortalidad por cáncer infantil oscila entre 3,5 a 3,8 por 100.000 habitantes/año en España.

El tratamiento agresivo ha mejorado de forma drástica la supervivencia de este tipo de pacientes, pero produce inevitablemente cierto grado de toxicidad sobre las células normales. La cavidad oral es muy susceptible a los efectos adversos, directos o indirectos, de la quimioterapia y radiación ionizante. Así, los pacientes sometidos a estos tratamientos suelen presentar complicaciones y efectos secundarios en esta región.

El cuidado bucodental de los pacientes oncológicos debe prestarse en común acuerdo con el oncólogo y en función de las necesidades de cada niño. La buena higiene oral del paciente es el punto crítico para evitar muchas complicaciones.

Justificación: Nuestro objetivo es describir las manifestaciones orales que puede presentar el paciente bajo tratamiento oncológico. Además, dar a conocer las correctas pautas del tratamiento oral y dental en los pacientes que recibirán, estén recibiendo, o acaben de terminar un tratamiento oncológico.

7. DISPOSITIVO DIGITAL PARA LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DISCAPACITADOS VISUALES: ESTUDIO CLÍNICO

Paiva E, Teixeira J, Faria S, Manso C, Ferreira L
Universidad Fernando Pessoa. Porto, Portugal

Objetivos: Evaluar la eficacia de un dispositivo digital de cepillado (Brush-away-Oral B®) como método de pre-aprendizaje de la técnicas de higiene oral en un grupo de niños discapacitados visuales.

Pacientes y método: La población de estudio consistió en un grupo de 15 niños discapacitados visuales, con una edad comprendida entre 8 y 15 años que asiste el Colegio S. Manuel de la Santa Casa Misericordia (Porto). Los niños fueron observados en cuatro momentos (1º. observación inicial; 2º. post-instrucciones de higiene oral con el dispositivo digital; 3º. post-instrucciones de higiene oral con cepillo convencional; y 4º. observación final), en los cuales el examinador evaluó la cantidad de placa bacteriana presente en boca, según el índice de Green y Vermillion simplificado (IGV). El análisis estadístico se ha realizado utilizando tests de Friedman y de Wilcoxon, considerando diferencias significativas para $p < 0,05$.

Resultados: Los resultados han demostrado que el IGV ha disminuido significativamente después de las instrucciones de higiene oral con el dispositivo digital ($p = 0,00048$), así como, con el cepillo convencional ($p = 0,00032$). No fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas entre el 3er y el último momento ($p = 0,0501$), aunque el IGV final sea sig-

nificativamente inferior al inicial ($p = 0,0007$). Se ha verificado que el número de cepillados ha aumentado significativamente ($p = 0,0006$) entre el inicio ($2,7 \pm 1,0$) y el fin del estudio ($3,5 \pm 0,6$).

Conclusiones: Los niños discapacitados visuales demostraron tener dificultades en realizar su higiene oral. La utilización de este dispositivo de cepillado ha influido positivamente en los niños pudiendo ser utilizado como un método de pre-aprendizaje de las técnicas de higiene oral convencionales. Este dispositivo puede ser utilizado en la práctica clínica como método de motivación para la higiene oral de este grupo de pacientes.

8. ANÁLISIS DE DIETA: PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS CON ALTO ÍNDICE DE CARIES

Varela Ruano M, Rodríguez Mayta X, Cerdán Gómez F, Martín Olivera E
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La alimentación en los primeros años de vida del niño es básica en su desarrollo inmediato y futuro, y tiene gran importancia en la prevención y control de la caries. Debido a esto es fundamental que durante la historia clínica se investigue la dieta a través de cuestionarios o entrevistas. Debe hacerse de rutina en niños con alto riesgo de caries y en aquellos que tienen una actividad cariogénica moderada, para poder así controlar uno de los factores etiológicos más importantes de la caries dental.

Objetivos: Analizar la relación dieta inadecuada/actividad cariogénica y establecer unas medidas dietéticas en el control de la caries.

Material y métodos: Estudio sobre pacientes del Departamento de Odontopediatría del Hospital de San Rafael a través del registro dietético.

Revisión bibliográfica, basándonos en artículos relacionados con el tema, publicados en los últimos cinco años.

Conclusiones: La recogida de datos sobre el perfil dietético de determinados pacientes constituye un elemento básico en el diagnóstico etiológico de la caries. A través de este análisis ofrecemos a los padres unas pautas nutricionales de ayuda en la prevención y control de la salud oral de los niños.

9. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ ODONTOPEDIÁTRICO DE LA TRANSPOSICIÓN DENTARIA

Martín Jerónimo JA, Martínez-Salmeán Irigoyen JS, Martín Olivera E, Cerdán Gómez F
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La transposición dentaria se caracteriza por un trastorno de orden y posición eruptiva, de origen hereditario aunque ocasionalmente se asocia con traumatismos.

Es una patología que aunque aparece con más frecuencia en maxilar superior también puede aparecer en la mandíbula, ser unilateral o bilateral, completa o incompleta.

Material y método: A propósito de un caso, mediante un póster, hacemos una revisión bibliográfica de los tipos de transposiciones y opciones de tratamiento.

Para ello se ha tomado como base:

—Una revisión de la literatura publicada y soporte gráfico del tratamiento.

—Radiografía panorámica de rutina en nuestra paciente.

—Radiografías periapicales y oclusal.

Conclusión: Importancia del diagnóstico de la transposición dentaria por el odontopediatra, sabiendo diferenciar la repercusión en el tratamiento entre un diagnóstico precoz radiológico y un diagnóstico clínico, con peor pronóstico este último.

10. UN CASO DE DISPLASIA DENTINARIA TIPO I. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

Maura I, Ferrés-Amat E, Díaz C, Galofré N, Herrera S

Servicio de Odontopediatría. Hospital de Nens. Barcelona

Introducción: La displasia dentinaria tipo I es una alteración rara y de difícil detección sin una exploración radiológica. En este caso se trataría de una DD tipo I b, donde la pulpa remanente es mínima en la unión amelocementaria y las raíces son muy cortas, sin canales radiculares visibles. Los métodos radiodiagnósticos actuales nos permiten ver estas lesiones con una definición casi anatómica.

Caso clínico: se trata de una niña de 7 años de edad, que acude para una revisión dental por primera vez. La exploración clínica es normal, pero en la ortopantomografía observamos la ausencia de raíz a nivel de los cuatro primeros molares definitivos, en el resto no se observa ninguna patología. Las piezas en cuestión no presentan movilidad al ser exploradas. A nivel general había sufrido la extirpación de un riñón por malformación a los dos meses de edad. Practicamos ortopantomografía al resto de la familia (padres y un hermano) y no se observa patología. Estamos pendientes de estudio histológico.

Para determinar el grado de lesión de los molares practicamos un TC helicoidal con sustracción de masa ósea. Con esta exploración podemos observar de forma muy precisa la estructura de las piezas afectas.

Conclusión: creemos que es importante practicar siempre las revisiones dentales en los niños, a partir de cierta edad, con la ayuda de una exploración radiológica tan simple como una ortopantomografía.

11. "GINGIVITIS CRÓNICA" COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UNA MALFORMACIÓN VASCULAR INTRAMANDIBULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrera S, Ferrés-Amat E^{1,2}, Maura I, Ferrés-Padró E^{1,2}, Mareque J³

Servicios de Odontopediatría y ¹Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital de Nens. Barcelona. ²Departamento de Patología Médico-Quirúrgica e Implantología. Univer-

sitat Internacional de Catalunya. ³Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital de Valle Hebrón. Barcelona

Introducción: Las anomalías vasculares en la región oral y maxilofacial pueden ser tumores (hemangiomas) o malformaciones de alto flujo o de bajo flujo.

Caso clínico: Presentamos un caso de malformación vascular intra-ósea de alto flujo que afecta toda la rama horizontal mandibular izquierda, diagnosticada en nuestro centro. Se trata de una niña de 9 años que acude de urgencia por sangrado gingival, tratada en otro centro desde hacía 3 meses (higiene oral, antibiótico y clorhexidina). Exploración clínica: asimetría facial por aumento de la región mandibular izquierda, con calor en la zona, inflamación y coloración azulada de la encía y de la mucosa oral desde canino a trigono retromolar izquierdo. También se observa gingivorragia espontánea en dicha zona y un adelanto en el recambio dentario. Se solicita una ortopantomografía y se remite al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial donde se solicita TC, angiorresonancia y analítica.

Diagnóstico diferencial: gingivitis crónica, tumoración mandibular. Se confirma el diagnóstico de malformación vascular intra-ósea de alto flujo. Dada la complejidad del caso se deriva al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial y al Servicio de Angiología Intervencionista del Hospital de Vall Hebrón de Barcelona.

Comentarios: Destacamos la importancia de una correcta exploración clínica y radiológica. El diagnóstico correcto es fundamental ya que el tratamiento depende de él. Los pacientes con extensas o complejas anomalías vasculares deben ser tratados por un equipo multidisciplinario.

12. RIESGO DE CARIES EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE PRADER-WILLI

García C, Cuba L, Cahuana A

Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona

El síndrome de Prader-Willi (SPW) es una enfermedad neurogenética de baja incidencia, pero que por sus características clínicas es de interés para el odontólogo. El objetivo de este estudio fue valorar el riesgo de caries en pacientes con SPW mediante la evaluación de los índices de caries, higiene oral, y de las unidades formadoras de colonias de *Streptococcus mutans*. Además se valoró el volumen de saliva estimulada. Este estudio fue llevado a cabo en un grupo de 10 niños afectados de SPW y en un grupo control formado por 20 niños sanos. Los resultados mostraron que los pacientes afectados de SPW tienen un alto riesgo de caries en comparación con los pacientes control, observándose además en todos ellos sequedad bucal, y atrición dental como hallazgo casual. Todo ello corrobora la necesidad de hacer especial hincapié en la prevención.

13. EFECTOS DE LAS PULPOTOMÍAS EN DIENTES PRIMARIOS SOBRE LA MINERALIZACIÓN Y POSICIÓN DE LOS DIENTES SUCESORES PERMANENTES

Ruiz Linares M, Pardo Ridaó MM, González Rodríguez E, Peñalver Sánchez MA

Facultad de Odontología. Universidad de Granada

Introducción: La clásica técnica de pulpotomía al formocresol en dentición temporal proporciona un elevado porcentaje de éxito clínico. Sin embargo, el efecto potencial de este tratamiento sobre la dentición permanente debe considerarse también como un criterio más para determinar su eficacia.

Partiendo de esta última premisa, algunas investigaciones han intentado establecer una conexión entre la pulpotomía en dientes deciduos y sus posibles consecuencias sobre los sucesores permanentes. Al revisar la literatura sobre el tema, encontramos que hay autores que hablan de defectos en el esmalte, cambios en la erupción, rotaciones, malposiciones e incluso malformaciones, en los dientes permanentes, cuyos predecesores primarios fueron tratados con pulpotomía al formocresol. Sin embargo, otros investigadores no encuentran ningún tipo de relación entre estos dos sucesos. La causa de que no esté bien documentado este tema radica en la publicación de numerosos casos que atribuyen alteraciones en el desarrollo del diente permanente sucesor a la infección periapical o interradicular del diente primario.

Objetivos: A la vista de lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio consistió en valorar los efectos de la terapéutica de pulpotomía en dientes primarios sobre los dientes permanentes sucesores, comprobando:

1°. Si existen diferencias entre la incidencia de lesiones de esmalte o alteraciones en la posición en los dientes sucesores permanentes a dientes primarios tratados con pulpotomía al formocresol y, la incidencia del mismo fenómeno en un grupo de dientes permanentes control, cuyos antecesores primarios no fueron sometidos a tratamiento endodóntico.

2°. Si efectivamente, hay diferencias entre la incidencia de lesiones en el esmalte o alteraciones en la posición en los dientes permanentes sucesores a dientes primarios tratados con formocresol y la incidencia del mismo fenómeno en dientes sucesores a dientes primarios tratados con glutaraldehído.

3°. Si se observa alguna relación entre la edad en la que se realizó la pulpotomía y la aparición de defectos en el esmalte o en la posición de los dientes sucesores permanentes.

Material y métodos: Este estudio constituye la segunda fase de un estudio anterior, en el que se comparó la eficacia clínica y radiográfica del formocresol y del glutaraldehído usados como agentes en las pulpotomías en dentición temporal. En dicho estudio, participaron 560 niños sanos y cada uno de estos 560 niños tenía un solo diente temporal por arcada, susceptible de recibir el tratamiento de pulpotomía.

La totalidad de la muestra para una primera fase del estudio fue dividida en dos grupos: el grupo de estudio estuvo constituido por 145 dientes temporales, que fueron tratados con pulpotomía al glutaraldehído tamponado al 2%. El grupo control lo formaron 415 dientes temporales tratados con pulpotomía al formocresol diluido.

Todos los pacientes incluidos en la primera fase de este ensayo clínico, en los que el tratamiento de pulpotomía concluyó de forma exitosa, fueron citados anualmente para seguimiento, hasta la completa erupción de los dientes sucesores permanentes. Por lo tanto, para este estudio dispusimos de todos los dientes permanentes sucesores de aquellos dientes temporales sometidos a pulpotomía, en los que el tratamiento tuvo éxito y en el lado simétricamente opuesto o contralateral, los dientes denominados control, en los que su antecesor primario no había recibido tratamiento pulpar, examinándose estos dientes en las mismas visitas que los del lado tratado, usando los mismos métodos y criterios.

Todos los dientes permanentes fueron examinados clínica

y radiográficamente, para detectar defectos en el esmalte y alteraciones en la posición.

Resultados:

—**Lesiones en el esmalte:** de acuerdo con los criterios de análisis estadístico se pudo comprobar que hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en cuanto al predominio de hipoplasias, entre los dientes test del grupo de formocresol y los dientes control. Es decir, los dientes sucesores a aquellos con pulpotomía al formocresol presentaron más predominio de defectos hipoplásicos del esmalte, que los dientes permanentes del lado no tratado. No obstante, y aunque el análisis estadístico resultó significativo, el número de defectos de esmalte fue tan reducido que podríamos considerarlo con poca relevancia clínica.

No se pudieron demostrar diferencias significativas, en cuanto al predominio de hipoplasias de esmalte entre los dientes test, sucesores de los tratados con glutaraldehído, y los dientes control ($p > 0,05$).

Por otro lado, no se registraron diferencias significativas, en cuanto al predominio de opacidades, en ninguno de los grupos de tratamiento, ni se observó un marcado predominio de lesiones de esmalte entre los grupos de dientes.

—**Alteraciones de la posición:** El análisis de los resultados indicó que hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en cuanto a la presencia de malposiciones y rotaciones entre los dientes del lado tratado con formocresol y los del no tratado, ya que encontramos más rotaciones y malposiciones en el grupo de dientes permanentes sucesores a los dientes primarios con pulpotomía al formocresol, que en los sucesores de aquellos que no habían recibido el tratamiento. No ocurrió así en el grupo de dientes del grupo de glutaraldehído, donde el número de malposiciones y rotaciones no fue significativo, entre los dientes del lado tratado y los del no tratado.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos, y tras el análisis de los mismos, podemos formular las siguientes conclusiones:

1. Las pulpotomías al formocresol en dientes temporales producen sobre los dientes sucesores permanentes un bajo porcentaje de defectos hipoplásicos y alteraciones en la posición. Sin embargo, cuando se utiliza el glutaraldehído para este procedimiento, no se observan tales efectos en los dientes permanentes.

2. La edad en el momento de realización de las pulpotomías no influye en la aparición de defectos en el esmalte o alteraciones en la posición de los dientes sucesores permanentes.

3. De acuerdo con las anteriores conclusiones, y dado que histológicamente la respuesta pulpar al tratamiento con glutaraldehído es biológicamente más aceptable que con el formocresol, y teniendo en cuenta la menor capacidad de difusión local y sistémica del glutaraldehído, consideramos beneficioso que el formocresol sea sustituido por el glutaraldehído en la terapéutica pulpar en dientes temporales.

14. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL POSICIONADOR RADIOGRÁFICO PARA LAS ALETAS DE MORDIDA

Cortés O, Martínez Y, Austro D, Castejón I, García C, Pérez L

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia

Introducción: Las radiografías dentales son consideradas una importante ayuda para el diagnóstico de la patología dental. En odontopediatría las radiografías de aleta de mordida son las más indicadas para el examen radiográfico del niño. Sin duda conseguir unas radiografías de calidad es de gran importancia para el diagnóstico. Además se recomienda el uso de medidas que disminuyan la dosis de irradiación al paciente. Entre estas medidas está el uso de películas de alta sensibilidad y la utilización de posicionadores para evitar imágenes inaceptables que obliguen a tomar nuevas radiografías, aumentando la dosis que recibe el niño.

Objetivo: El objetivo de este trabajo ha sido comparar el uso del posicionador frente a la técnica convencional manual, evaluando los resultados mediante unos criterios de calidad.

Material y método: Estudiantes de 4º curso realizaron radiografías de aleta de mordida con el uso de posicionador (XCP-Rinn Dentsply®) y sin él, utilizando película de alta sensibilidad (Kodak Insight®), con una distribución aleatoria para el lado derecho e izquierdo, siendo el total de la muestra de 94 radiografías (47 con posicionador y 47 sin posicionador).

Resultados: Los resultados mostraron que del total de la muestra el 26% se consideraron excelentes, observándose diferencias estadísticamente significativas con el uso de posicionador frente al no posicionador. La inadecuada posición de la película fue el error más frecuente en ambas situaciones.

Conclusión: El uso de posicionadores permite conseguir radiografías que cumplan los criterios de calidad, evitando la repetición de estas, lo que supone un mejor diagnóstico y una mayor reducción de la dosis al paciente.

15. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN UNA FRACTURA CORONO RADICULAR COMPLICADA EN UN DIENTE PERMANENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Adanero Velasco A, Mata López V
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: Los traumatismos dentales son lesiones de alta prevalencia en los niños siendo una parte importante de la práctica odontopediátrica. Los casos de fracturas corono-radicales complicadas tienen un pronóstico reservado debido a la afectación de la pulpa y la dificultad para realizar el sellado correcto de los tejidos pulpaes y dentinarios.

Material y método: Se presenta el caso de un niño que ha sufrido una fractura corono-radicular complicada en la dentición permanente joven. El pronóstico era malo, y el plan de tratamiento requería apicoformación con la posterior endodoncia y tracción ortodóncica para una favorable reconstrucción del incisivo central superior izquierdo.

En la revisión bibliográfica realizada se observa un mal pronóstico de este tipo de traumatismos, siendo múltiples los tratamientos propuestos por diversos autores, con éxito variable.

Conclusiones: El tratamiento de una fractura corono-radicular compleja requiere un enfoque multidisciplinar ya que se ven implicadas las diferentes estructuras dentarias, (hueso, periodonto, cemento, pulpa, dentina y esmalte) siendo necesaria la participación de varias de las especialidades de la odontología.

16. VALORACIÓN DE LOS DENTÍFRICOS "INFANTILES"

Bonafé Monzó N, García Margarit M, Catalá Pizarro M

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

Introducción: La utilización de los dentífricos fluorados es una de las principales causas del descenso de la prevalencia de caries; sin embargo, en la etapa de calcificación de la dentición permanente, la ingesta repetida e inadvertida de pasta dentífrica fluorada, puede producir fluorosis.

Objetivo: Catalogar los dentífricos infantiles del mercado de consumo actual según concentración de flúor, indicaciones, recomendaciones de uso, forma de presentación y etiquetación, con la finalidad de valorar la adecuación de las presentaciones y la información que aportan.

Material y métodos: Se recogieron un total de 30 dentífricos recomendados para niños en diferentes centros de venta valencianos elegidos al azar (supermercados, droguerías, farmacias y parafarmacias).

Con el objetivo de clasificar y valorar cada una de ellas se confeccionó una ficha en la que se reflejaban: concentración de flúor, transformación a ppm, tipo de flúor, indicaciones (edad), mensajes y advertencias, centro de venta, precio y etiquetado.

A partir de estas premisas se elaboró una clasificación de las muestras para su análisis comparativo.

Resultados: De las 30 pastas recogidas, 7 estaban etiquetadas para kids, 4 como infantil, 8 como junior y 11 sin especificar su indicación. Las de concentración \leq a 500 ppm de flúor, 10 se indicaban para \leq a 6 años, 1 para $>$ 3 años y 2 sin especificación de edad. Las de 500 a 1.000 ppm de flúor, en ninguna se especificaba la edad. Las de \geq a 1.000 ppm de flúor, 1 se indica para $<$ de 7 años, 5 para $>$ de 6 años y 6 sin especificación de edad. Las 2 que no presentaban flúor, no especificaban la edad de uso.

Conclusiones: Sólo el 50% de las pastas estudiadas se adaptan a indicación (edad) y contenido (concentración de flúor) según la normativa recomendada por la Academia Europea de Odontopediatría respecto al contenido de flúor y edad de utilización apropiada independientemente del punto de venta donde se obtuvieron.

Llama la atención la disparidad de la información que se aporta al consumidor en la etiquetación.

17. DISPOSITIVOS DE RESTRICCIÓN PASIVA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA EN NIÑOS ESPECIALES

De la Torre Sánchez A, Márquez Durán L, García Yárnoz C

Título de Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (Directora: Profesora Paloma Planells del Pozo)

Introducción: El tratamiento odontológico de pacientes con discapacidades físicas y/o psíquicas cuenta con una amplia gama de técnicas para que puedan llevarse a cabo pro-

cedimientos de diagnóstico y tratamiento razonables. En esta revisión vamos a referirnos al manejo de conductas a través de la restricción física pasiva o estabilización protectora definida como la restricción de la libertad de movimiento del paciente, con o sin su permiso, dirigida a proporcionar un cuidado dental de calidad de forma segura para el paciente y los clínicos por medio de diversos dispositivos.

La decisión de usar este tipo de técnicas debe tomarse considerando individualmente las necesidades dentales, la calidad de atención, el desarrollo emocional y físico del paciente, y otras alternativas de manejo. Su práctica inadecuada puede producir consecuencias negativas.

Objetivo, material y métodos: Nuestro principal objetivo es conocer y saber manejar los diferentes dispositivos utilizados en la restricción pasiva para el manejo de la conducta y dar a conocer la opinión de padres, equipo dental y estudiantes de pregrado sobre estas técnicas. Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en revistas especializadas con ayuda de Medline. Palabras clave: *behavior management techniques, physical restraint*.

Además utilizamos imágenes obtenidas en el tratamiento que realizamos a los pacientes en el título de Especialista en atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales, en la facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Resultados y conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que la restricción física pasiva actúa en la mayoría de los casos como complemento a la sedación consciente permitiendo así proteger al paciente y ofrecer un tratamiento seguro y eficaz.

Debemos considerar que cada vez hay menos aceptación paterna y profesional de las técnicas restrictivas, debido a los cambios sociales, educativos y familiares. La explicación positiva y el aprendizaje de estas técnicas se traducen en una mayor aprobación pero resulta imprescindible obtener un consentimiento informado de los padres o tutores del menor, para su uso.

18. SÍNDROME DE VAN DER WOUDE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO FAMILIAR

**De la Torre Sánchez A, Stofanelli Barbosa V,
Álvarez Muro T, Salamanca L¹, Martín M¹,
Gómez E¹**

Título de Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (Directora: Profesora Paloma Planells del Pozo). 'Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario La Paz, Madrid'

Introducción y objetivos: El síndrome de Van der Woude (SVW) es una alteración autosómica dominante cuyo origen es la aparición espontánea de una mutación en el gen del factor regulador del interferón. Tiene manifestaciones variables y la más frecuente de todas es la presencia de fositas o pits en el labio inferior con o sin fistulas salivares. Le siguen en frecuencia la fisura palatina asociada o no a labio hendido, hipodondia e hipoplasia maxilar.

Aunque la prevalencia del síndrome es baja (varía de 1/100.000 a 1/40.000) sus repercusiones orales son tan importantes que merece la pena ser conocido por el odontólogo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una familia diagnosticada de SVW, cuyo hijo ha sido atendido en el servicio de Cirugía Maxilofacial Infantil del Hospital de La Paz de Madrid.

Hemos realizado también una revisión bibliográfica, en revistas especializadas del sector, para conocer las últimas informaciones sobre el síndrome.

Palabra clave utilizada en la búsqueda bibliográfica: *Van der Woude syndrome*.

Resultados y conclusiones: Los pacientes afectados por el SVW necesitarán una atención multidisciplinar a lo largo de su crecimiento, con diversas intervenciones en función de la gravedad de las manifestaciones.

El odontólogo juega un papel muy importante debido a las repercusiones orales que presenta este síndrome, refiriéndonos especialmente al labio hendido y paladar fisurado, así como a la hipodondia.

Agradecimientos: Quisiéramos manifestar nuestro agradecimiento al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario La Paz de Madrid, Jefe de Servicio Dr. M. Burgueño, por su inestimable ayuda en la elaboración de este trabajo.

19. PREVALENCIA DE DEFECTOS DEL ESMALTE EN DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE EN NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER, ESTUDIO LONGITUDINAL

Catalá Pizarro M, Velló Ribes MA, Martínez Costa C

Objetivo: Estudiar la prevalencia y distribución de defectos del esmalte en un grupo de niños de bajo peso al nacer (BPN < 2.500 g) en la dentición temporal y permanente.

Material y método: Se revisaron 52 niños de bajo peso al nacer, cuando estos tenían 4-5 años de edad, donde se registraron los defectos del esmalte en la dentición temporal, y se realizó una segunda revisión cuando los niños tenían 9 a 10 años, en la cual se registraron los defectos existentes en la dentición permanente. Para clasificar los defectos del esmalte se utilizó el DDE Index modificado. Se diagnosticó como opacidad un cambio cualitativo en la translucidez del esmalte sin pérdida de la estructura del mismo, se registró como hipoplasia cuando hubo pérdida de la estructura del esmalte, y cuando se observó una opacidad e hipoplasia en la misma zona del diente, se registró como defecto combinado. Cada diente y cada superficie fueron revisados y se anotó la severidad y extensión de cada defecto encontrado. Para el análisis estadístico se utilizaron estadísticos descriptivos, tablas de frecuencia, análisis de la varianza, test de Student y el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La prevalencia de defectos del esmalte en la dentición temporal fue de 90,4%. En la dentición permanente la prevalencia de defectos del esmalte fue de 50%. En la dentición temporal se observaron más dientes afectados en el maxilar superior que en el inferior, lo mismo ocurrió en la dentición permanente. Los dientes que más se afectaron en la dentición temporal fueron los incisivos, al igual que en la dentición permanente donde se afectaron sobre todo los incisivos laterales. Los defectos aparecieron más frecuentemente en la parte incisal de los dientes en la dentición temporal, mientras que en la dentición permanente los defectos se encontraron sobre todo en el tercio medio de la superficie vestibular de los dientes.

20. MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN MASTOCITOSIS

Reyes Ortiz A, Martín-Vidarte Martín A, del Valle González A, Romero Maroto M

Introducción: La mastocitosis es un conjunto heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación de mastocitos en uno o más órganos o tejidos. Se puede presentar clínicamente desde una leve afectación cutánea hasta procesos con repercusión sistémica incluso llegando a comprometer la vida del paciente.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es plantear una serie de pautas que ayuden al odontopediatra a tratar con éxito este tipo de pacientes.

Conclusión: La mastocitosis es una enfermedad multiorgánica e infradiagnosticada por lo que pasa inadvertida la mayoría de las ocasiones y conllevar graves repercusiones a la hora de administrar anestésicos en el ámbito odontológico.

Para disminuir la morbilidad e incluso la mortalidad de dichos pacientes será necesario realizar una adecuada profilaxis, evitando fármacos que pueden desencadenar cualquier reacción y con la elección de una correcta técnica anestésica.

21. ALTERACIONES ESTRUCTURALES SEVERAS EN INCISIVOS PERMANENTES CON ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS

Aiguaviva Pinsach A, Cahuana Cárdenas A, González Chopite Y

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona

Introducción: Los traumatismos en dentición temporal se pueden relacionar con alteraciones de erupción, del desarrollo y estructurales severas de dientes permanentes. Muchas veces estos traumatismos pasan desapercibidos y es sólo cuando se evidencia la lesión en el diente sucesor cuando podemos aplicar medidas terapéuticas para disminuir las consecuencias.

Objetivo: Presentación de tres casos de alteración severa de desarrollo y erupción de dientes permanentes debidos a un traumatismo dental en edad temprana.

Casos clínicos: De una serie de 25 casos, se seleccionaron 3 con alteraciones severas de erupción por traumatismos dentales, controlados en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. La localización era: 2 en maxilar y 1 en mandíbula, con fracaso de erupción de varios incisivos. Los tres casos presentaron un traumatismo en edad muy temprana.

Comentarios: Existen alteraciones severas en dientes permanentes como secuela a un traumatismo en dentición temporal que el odontopediatra debe conocer. A veces la severidad de los casos plantea dudas en el tratamiento a seguir.

22. VERSATILIDAD DEL MTA EN SUS APLICACIONES ODONTOLÓGICAS

Estrela Sanchís F, Borrás Aviñó C, Catalá Pizarro M

Facultad de Odontología de Valencia

Desde su introducción a mediados de los noventa, el MTA ha ido ampliando el espectro de situaciones clínicas en las que ha resultado ser un buen aliado del odontólogo.

Por sus características físico-químicas y biológicas, que le confieren una gran biocompatibilidad, se ha utilizado para tratar aquellas situaciones en las que interesaba crear una barrera mecánica entre el interior del conducto radicular y el entorno perirradicular o proteger la pulpa de las posibles agresiones del medio ambiente oral: apicoformaciones, perforaciones radiculares, recubrimientos pulpares directos e indirectos, etc.

Con el tiempo los resultados clínicos han ido descubriendo otras cualidades del MTA por cuyo comportamiento clínico está siendo utilizado para tratar situaciones con grave deterioro radicular y en las que ha permitido estabilizar la respuesta patológica orgánica que dañaba el complejo pulpodentinario, mejorar el entorno óseo de la raíz afectada e incluso incrementar la resistencia estructural de dichas raíces.

Presentamos dos casos clínicos en los que el MTA se ha utilizado para abordar dos situaciones muy dispares: una apicoformación, indicación típica del MTA para acortar el tiempo de tratamiento y otra en la que se usó el MTA para mejorar la situación de dos dientes con una avanzada reabsorción radicular.

Información Universidad

Directora de sección
Profa. Dra. E. Barbería Leache

Información sobre formación de postgrado en Odontopediatría

MAGISTER EN ODONTOPEDIATRÍA Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia (Estomatología IV) Madrid

—*Directora:* Elena Barbería Leache.

—*Duración:*

Horas teóricas: 500

Horas prácticas: 2.000

Número de créditos: 250

Número de años: 2

—*Contenidos:*

1.º curso

- Diagnóstico odontopediátrico del paciente infantil I
- Anatomía aplicada
- Pruebas complementarias
- Operatoria
- Desarrollo de la oclusión en odontopediatría y manejo del espacio
- Manejo de conductas nocivas de comportamiento
- Traumatología dentaria
- Prevención
- Instrumentación y ergonomía
- Pediatría aplicada
- El paciente especial

Módulo: Prácticas

Módulo: Preclínico I

Módulo: Clínica

Módulo: Investigación

2.º curso

- Diagnóstico integral del paciente infantil II
- Cirugía odontopediátrica
- Sesiones bibliográficas
- Manualidades de laboratorio
- Iniciación a la investigación II
- Clínica odontopediátrica II

Módulo: Preclínico II

Módulo: Clínica II

Módulo: Cirugía

Módulo: Teoría

Módulo: Investigación

Información

Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Odontología.
Departamento de Estomatología IV.
Ciudad Universitaria.
28040 Madrid.
Tel. 91 394 19 72 (Srta. Ágata Colomo).
Página web de la UCM: www.ucm.es>Estudios y acceso>Estudios de Postgrado y Formación Continua>Títulos propios.

MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL Universidad Internacional de Cataluña

Director: Dr. Luis-Jorge Bellet Dalmau

Categoría: Programa de Máster.

Profesorado: Dra. Berta Blázquez, Dra. Elisabeth Gallifa, Dra. Sandra Sáez, Dr. Jordi Daunis.

Titulación de acceso: Licenciados en Odontología, Licenciados en Medicina, Especialistas en Estomatología.

Créditos y temporalización: El programa de máster en Odontopediatría Integral consta de dos cursos académicos con una carga de 35 horas semanales.

Está prevista la admisión de un máximo de seis alumnos por curso académico.

Créditos por año académico: 42 teóricos (420 horas), 105 prácticos (clínicos y laboratorio) (1.050 horas). Total de 147 créditos por año.

Inicio del curso: Las actividades docentes se iniciaran en septiembre y finalizarán en julio.

Prescripción: En la secretaría de la UIC.

Selección: Tendrá lugar en junio valorando su currículum vitae y a través de una entrevista personal.

Información: cana@csc.unica.edu

MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA

Universidad de Barcelona

Director: Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada.

Colaboración: Área docente Hospital Universitario Sant Joan de Déu.

Coordinadora: Dra. Carmen Casal Sánchez.

—*Titulación:* Máster en Odontopediatría (especialidad en Odontopediatría para odontólogos y médicos estomatólogos).

Duración: 2 cursos académicos.

Objetivos: Formación de especialistas en Odontopediatría a través de un programa de dos cursos académicos. El segundo curso se integra dentro del

ámbito hospitalario (Hospital Sant Joan de Déu). Dicho centro colabora en las actividades docente-asistenciales siguientes:

—Tratamiento de niños con enfermedades sistémicas y patología oral, con patología neurológica, etc., que requieren tratamiento dentro de un marco hospitalario.

—Tratamiento bajo sedación profunda y anestesia general.

—Patología de urgencias, básicamente procesos inflamatorios y traumatología.

Inicio del curso: Las actividades docentes se inician en noviembre de cada año para los alumnos de primer curso.

Preinscripción: En la Secretaría del Departamento de Odontología situada en la Facultad de Odontología, del 1 de julio al 30 de septiembre de cada año.

Selección: Los candidatos serán seleccionados valorando su curriculum vitae, debiendo asistir a una entrevista personal y realizar una prueba teórico-práctica.

Información:

Universidad de Barcelona
Departamento de Odontología
Facultad de Odontología
Feixa Llarga, s/n
Pavelló de Govern, 2ª planta
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Tel. 93 402 42 69. Fax. 93 403 55 58
e-mail: dep20-0@bell.ub.es

MÁSTER DE ODONTOPEDIATRÍA

Universidad de Sevilla

—*Directora:* Asunción Mendoza Mendoza

—*Duración:* 240 créditos en dos años.

—*Contenidos:*

- Diagnóstico integral en Odontopediatría
- Pruebas complementarias en Odontopediatría

- Control del dolor y manejo del comportamiento
- Operatoria
- Erupción dentaria, desarrollo de la oclusión y manejo del espacio
- Tratamiento temprano de la maloclusión
- Traumatología dentaria
- Cirugía oral en el paciente odontopediátrico
- Prevención y odontopediatría social
- Interrelación de la odontopediatría y otras materias odontológicas
- Iniciación a la docencia en Odontopediatría
- Iniciación a la investigación en Odontopediatría

- Bibliografía odontopediátrica
- Clínica odontopediátrica

Información

Universidad de Sevilla
Facultad de Odontología
C/ Avicena, s/n
41009 Sevilla
Tel. 954 481 143
e-mail: amendoza@us.es

Odontología Pediátrica

Órgano de difusión de la Sociedad Española de Odontopediatría
(3 núms. año)

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Profesionales | 66 € |
| <input type="checkbox"/> Organismos y Empresas | 86 € |
| <input type="checkbox"/> Países (zona Euro) | 230 € |
| <input type="checkbox"/> Resto de países | 312 € |

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2007

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos _____
Dirección _____
Tel. _____ E-mail _____
Población _____ Cod. Postal _____ Provin. _____
Especialidad _____ Centro _____ Cargo _____

SUSCRÍBANME A:

 Odontología
Pediátrica (3 núms. año)

- A través de mi cuenta bancaria (cumplimento autorización adjunta)
- Mediante talón n.º _____ que adjunto
- Contra reembolso

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

BANCO/CAJA _____

DIRECCIÓN _____ POBLACIÓN _____ C.P. _____

TITULAR DE LA CUENTA _____

CÓDIGO C/C.: BANCO SUCURSAL D.C. N.º CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **ARÁN EDICIONES, S.L.**

Les saluda atentamente,
(Firma) _____ de _____ de 20____

DOCUMENTO PARA EL BANCO

Más información o envíos a:

ARÁN EDICIONES, S.L. Castelló, 128, 1º - 28006 Madrid - Teléfono (91) 745 17 28 - Fax: (91) 561 57 87
e-mail: suscripc@grupoaran.com - www.grupoaran.com

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



**Sociedad Española
de Odontopediatría**

Secretaría técnica
C/ Alcalá, 79-2
28009 MADRID
e-mail:
seodontopediatria@hotmail.com

DR./DRA.

ODONTÓLOGO: DESDE:

ESTOMATÓLOGO: DESDE:

DOMICILIO CLÍNICA:

CÓDIGO POSTAL: CIUDAD:

TELF: FAX:

COLEGIADO EN:..... N.º:

PRÁCTICA ODONTOPEDIÁTRICA: EXCLUSIVA NO EXCLUSIVA

PROFESOR/A DE UNIVERSIDAD:

COLABORADOR: DESDE:

AYUDANTE: DESDE:

ASOCIADO: DESDE:

TITULAR: DESDE:

FECHA SOLICITUD:

FIRMA:



6ª Reunión Nacional de Jóvenes Odontopediatras

El 3 de marzo de 2007 se celebró la 6ª Reunión Nacional de Jóvenes Odontopediatras. Esta reunión surgió como objetivo de la anterior Junta Directiva de la Sociedad Española de Odontopediatría, presidida por la Doctora Paloma Planells del Pozo, con la motivación de unir conocimientos sobre odontología infantil entre estudiantes pregraduados, jóvenes licenciados o estudiantes de postgrado de odontopediatría de las diferentes universidades de nuestro país.

Este año tuvo lugar en la Clínica Odontológica de la Universidad Internacional de Cataluña, en Barcelona, con la colaboración y patrocinio de la casa Dentaid.

La apertura de la reunión fue llevada a cabo por el profesor Juan Ramón Boj Quesada, Presidente de la SEOP, dando paso posteriormente a las conferencias impartidas por el Dr. Lluís J. Bellet Dalmau, el cual fue el presidente de la reunión, y es jefe del Área de Odontopediatría en la Universidad Internacional de Cataluña y director del Máster de Odontopediatría Integral en la misma Universidad, con su conferencia titulada *Remoción parcial de la caries en dentición primaria*, y el Dr. Lluís Jané Noblom, director del Máster de Estética de la Universidad Internacional de Cataluña, con la conferencia *Actualización en operatoria y estética dental*.

Los moderadores de la reunión fueron el Dr. Enrique Espasa, profesor titular de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Sandra Sáez, profesora del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

Después de las magistrales conferencias, tuvieron lugar las ponencias libres de alumnos de pregrado y postgrado de Odontología de diferentes universidades de España, con la siguiente relación de títulos y autores:

—*Síndrome de Turner, caso clínico* por Dña. Cristina Cardoso Silva. Alumna de 2º curso del Máster de Odontopediatría de la Universidad Complutense de Madrid.

—*Localizadores de ápice en dentición temporal. Revisión de literatura* por Dña. Genoveva Gómez. Alumna del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Pacientes afectos del síndrome de Prader-Willi* por Dña. Cristina García Villa. Alumna de pregrado de Odontología de la Universidad de Barcelona.

—*Sistemas de anestesia local en Odontopediatría. Revisión de literatura* por Dña. Helena Boix. Alumna del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Lengua geográfica en Odontopediatría: análisis de casos clínicos* por Dña. Guadalupe Villalón Rivero. Alumna de 2º curso del Máster de Odontopediatría de la Universidad Complutense de Madrid.

—*Pulpotomías en molares primarios vitales. Revisión de literatura* por D. Miguel Contreras Somoza. Alumno del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica* por Dña. Vanessa Teixeira. Alumna del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Caries medicamentosa en el paciente pediátrico. Revisión de literatura* por D. Alfredo Salinas. Alumno del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Lámparas de fotopolimerización. Revisión de literatura respecto a la emisión de temperatura* por Dña. Andrea Melara. Alumna del Máster de Odontopediatría Integral de la Universidad Internacional de Cataluña.

—*Pulpotomías en el siglo XXI* por Dña. Anabel Lorente. Alumna de pregrado de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña.

Una vez finalizada la jornada matutina, todos los asistentes votaron para dar el *Primer Premio a la Mejor Ponencia* de la 6ª Reunión Nacional de Jóvenes Odontopediatras, siendo agraciada con la inscripción gratuita del autor a la XXIX Reunión Nacional de Odontopediatría, que se celebrará entre los días 24 y 26 de mayo del presente año en Sevilla. En primer lugar, y ganando así el premio, la ponencia titulada *Pacientes afectos del síndrome de Prader-Willi*, presentada por Dña. Cristina García Villa, alumna de la Universidad de Barcelona, y en segundo lugar, *Lengua geográfica en Odontopediatría: análisis de casos clínicos* por Dña. Guadalupe



Fig. 1. Participantes de las Ponencias Libres de la 6ª Reunión Nacional de Jóvenes Odontopediatras.

Villalón Rivero, alumna del Máster de Odontopediatría de la Universidad Complutense de Madrid.

Además del programa científico, la reunión ofreció una fiesta en la famosa discoteca Pachá Barcelona en reservado VIP durante toda la noche, la cual terminó a altas horas de la madrugada.

Otro año más, la Reunión Nacional de Jóvenes Odontopediatras ha sido un éxito, con una gran organización, asistencia y elevado nivel científico de las ponencias. El hecho de que sean los propios jóvenes los que exponen conferencias libres sobre temas de actualización, investigación o casos clínicos, fomenta el interés de los mismos a la vez que abre el camino en la profundización de la investigación en esta área de la salud (Fig. 1).

G. Villalón Rivero

PUBLIRREPORTAJE

Ha sido nombrada por segundo año consecutivo **3M ESPE, EMPRESA MÁS INNOVADORA**

St. Paul, Min. (marzo, 2007). Por segundo año consecutivo, **3M ESPE** ha sido designada la empresa más innovadora del mundo dentro de la industria dental, según el "Dental Industry Review" del 2006 dirigido por el Grupo Anaheim, editores del "Dental Fax Weekly".

"La innovación está en el corazón y la cultura de la compañía, 100 años de investigación y de experiencia, haciendo de los nuevos descubrimientos un modo de vida" nos comenta Jeff Lavers, vicepresidente de **3M ESPE**.

"Con más de 6.500 científicos trabajando en todo el mundo, no es ninguna sorpresa que la innovación está en todos y cada uno de los niveles de la organización, desde los laboratorios a la fuerza de ventas."

Durante los pasados 5 años, **3M ESPE** ha liderado la industria dental, con una media de 45 innovaciones por año. Ya en el 2007, la compañía es de nuevo designada como la "más innovadora" con nuevos lanzamientos como por ejemplo el RelyX Unicem Cemento Autoadhesivo de Resina Universal en el nuevo y galardonado dispensador clicker, o las nuevas coronas provisionales Protemp Crown.

"Nuestra gente entiende que innovación por sí misma no es suficiente", continua Jeff Lavers. "Sólo cuando se combina el espíritu de descubridor con las necesidades de los clientes, podemos entonces aplicar nuestro gran conocimiento y experiencia tecnológica para mejorar la odontología."

El Grupo Anaheim considera varios componentes en su índice de innovación como, por ejemplo, las nuevas patentes registradas en las diferentes oficinas de patentes en EE.UU., Europa o la oficina de patentes internacional. En el "Dental Industry Review", se resume los principales eventos tanto técnicos como de negocio que ocurren en la industria dental en todo el mundo.

3M ESPE fabrica y comercializa más de 2.000 productos y servicios creados para ayudar a los profesionales de la odontología a mejorar la salud buco-dental de sus pacientes.

3M Salud, uno de los seis mayores segmentos de negocio, provee productos y servicios innovadores y de gran calidad para ayudar a los profesionales de la salud en la práctica y tratamiento en el cuidado de los pacientes en hospitales, atención primaria etc. Para más información sobre todas las soluciones **3M ESPE** visite nuestra web: www.3mespe.com/es o llame al teléfono de atención al cliente 91.321.6368. Los productos los puede adquirir a través de los distribuidores certificados **3M ESPE** (encontrará la lista de distribuidores certificados en la página web de **3M ESPE**).

3M ESPE Productos Dentales
Ana Brage
91 321 6294



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

INTRODUCCIÓN

La revista *Odontología Pediátrica* edita tres números anuales sobre odontología infantil y especialidades relacionadas con este campo, escritos en español.

La Dirección y Redacción de *Odontología Pediátrica* no se responsabilizarán de los conceptos, opiniones o afirmaciones sostenidas por los autores en sus trabajos. Todos los trabajos serán propiedad de *Odontología Pediátrica*, no pudiendo reproducirse parcial ni totalmente sin previo consentimiento de la misma. Una vez publicado el trabajo, el autor cede a la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y A ARÁN EDICIONES, S.L. los derechos de reproducción, distribución, comunicación de carácter público y traducción de un trabajo.

1. PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

—Los trabajos deberán ser remitidos, mecanografiados a doble espacio, en hojas tamaño folio, numerados y por duplicado. Asimismo se enviará un soporte informático (disquete de 3 1/2 o cd).

—En la primera página figurarán exclusivamente, y por este orden, los siguientes datos: título de trabajo en español e inglés, nombre y apellidos de los autores (es aconsejable que no excedan de cinco) centro hospitalario y servicio de cada uno de ellos y dirección completa del primer autor para la correspondencia (incluidos si se dispone de ellos y para mayor información, teléfono, fax y correo electrónico).

—En la segunda página figurarán, por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y comienzo del texto. El resumen, en castellano e inglés, incluirá los objetivos del trabajo, resultados obtenidos más destacados y principales conclusiones, expuestos de tal forma que pueda ser comprendido aquel sin necesidad de recurrir a la lectura completa del artículo. En los trabajos Originales será estructurado (fundamento u objetivo, método, resultados y conclusiones) siendo su extensión entre 150 y 250 palabras. En los Casos Clínicos y Revisiones la extensión será de 150 palabras. Al pie del resumen se indicarán, en todas las secciones, de 3 a 6 palabras clave debiendo utilizarse las incluidas en la lista de Medical Subject Headings (MeSH) de Index Medicus.

2. SECCIONES DE LA REVISTA

Originales: Comprenderá trabajos de investigación clínica o experimental, preferentemente de carácter prospectivo. La extensión máxima será de 12 folios, 4 figuras y 5 tablas.

Casos Clínicos: Abarcan la descripción de casos clínicos de excepcional observación o que presenten alguna notoriedad que suponga aportación relevante para un mejor conocimiento de la enfermedad. La extensión máxima será de 5 folios, 2 figuras y 2 tablas.

Revisiones: Esta sección acogerá aquellos trabajos en los que se realice una completa puesta al día de una entidad clínica o de algún aspecto parcial de la misma. Se dará preferencia a aquellos trabajos que traten sobre entidades clínicas más sometidas a revisión crítica e interpretación etiopatológica y fisiopatológica, cuya bibliografía contenga las publicaciones más recientes sobre el tema revisado. La extensión máxima será de 14 folios, 5 figuras y 4 tablas.

Cartas al director: Recogerán, de forma breve, comentarios o críticas, en relación a trabajos publicados recientemente en la revista. La extensión máxima será de 2 folios, con 10 citas bibliográficas, 1 figura o 1 tabla.

3. ESTRUCTURA DEL TEXTO

Variará según la sección a que se destine

a) **Originales:** Constará de una Introducción, que deberá ser breve y contendrá la intencionalidad del trabajo, redactado de tal forma que el lector pueda comprender el texto que le sigue. **Material y métodos:** Se expondrá el material utilizado en el trabajo, humano o de experimentación, sus características, criterios de selección y técnicas empleadas, facilitando los datos necesarios, bibliográficos o directos, para que la experiencia relatada pueda ser repetida por el lector. **Resultados:** Referirán los datos obtenidos en la realización del trabajo, sin comentario alguno. Dichos datos pueden ser explicados con detalle en el texto o en tablas o figuras. **Discusión:** Los autores expondrán sus opiniones sobre la base de aquellos resultados, posible interpretación de los mismos, aplicación práctica, comparación con los resultados obtenidos por otros autores en publicaciones similares, sugerencias para futuros trabajos sobre el tema, etcétera.

b) **Notas clínicas:** Comprenderán una *Introducción* similar a la de los Originales. *Caso o casos aportados*, donde se relatará, de forma resumida pero completa, la anamnesis, exploración clínica y estudios complementarios, así como la evolución, en su caso, del paciente. *Discusión*, similar a la de los Originales.

c) **Revisiones:** El texto se dividirá en todos aquellos apartados que considere el autor necesarios para una perfecta comprensión del tema tratado.

d) **Cartas al director:** Se expondrán opiniones personales sobre artículos publicados ya en la revista u otros temas de interés para el lector.

4. BIBLIOGRAFÍA

Esta irá en hoja aparte y será referida según el orden de aparición en el texto, con una numeración correlativa, que se colocará entre paréntesis en el texto. No es recomendable la utilización de referencias bibliográficas de actas de reuniones y de libros de texto. Se utilizará el estilo reseñado a continuación basado en los "Requisitos de uniformidad" (estilo Vancouver). Asimismo es conveniente que las citas bibliográficas no excedan de los diez años de antigüedad.

Artículos de revistas

a) **Artículo normal:** Apellidos e inicial de los nombres de los autores, relacionando todos si son seis, si son más de siete se relacionan los primeros añadiendo et al. Título del trabajo. Nombre de la revista, año de publicación, volumen y página inicial y final.

Los nombres de las revistas deben abreviarse según el estilo utilizado en el Index Medicus (List of Journals Indexed incluido en el número de enero de Index Medicus y en el web de la biblioteca de la NLM <http://www.nlm.nih.gov>).

Como ejemplo: García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Magán Sánchez R. Tratamiento protésico con frentes cerámicos en las fracturas de corona. *Odontol Pediatr (Madrid)* 2003; 11: 10-4.

b) **Autor institucional:**

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

c) **Sin nombre de autor:**

Cáncer in South Africa (editorial). *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

d) **Volumen con suplemento:**

Shen Hm, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 (Supl. 1): 275-282.

e) **Número con un suplemento:**

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Supl. 2): 89-97.

—Capítulo de un libro

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

Si se desea que figure que el artículo, capítulo o libro está disponible en alguna página web se pondrá la cita del mencionado artículo, capítulo o libro y después, separado por punto y seguido: "Disponible en: www.xxxxxxx.xxxx.xx/xxx/xxx".

5. La **ICONOGRAFÍA** de los trabajos será de dos tipos: tablas y figuras. Las tablas se enviarán en hoja aparte, numeradas en romanos, con el título en la parte superior. Las notas aclaratorias irán al pie. Las figuras podrán ser gráficas o fotografías cuidando su confección, con el fin que su observación permita comprender su significado sin necesidad de recurrir al texto. Las dimensiones serán de 9 cm de ancho como mínimo y de 300 píxeles por pulgada de resolución. Las fotografías serán de buena calidad. Ambas, gráficas y fotografías, llevarán pegadas una etiqueta en el reverso indicando la numeración, la parte superior de la figura y nombre del autor. No debe escribirse directamente en el dorso de las figuras (fotografías).

La Redacción de *Odontología Pediátrica*, oídas las sugerencias del Comité de Selección, podrá rechazar los trabajos que no estime oportunos, o bien indicar al autor aquellas modificaciones de los mismos que se juzguen necesarias para su aceptación. En caso de aceptación del trabajo, los autores recibirán, para su corrección, las pruebas de imprenta, que deberán ser devueltas a la Redacción dentro de las 72 horas siguientes a su recepción.

El primer autor recibirá 15 separatas de su trabajo una vez publicado excepto las Cartas al Director. Cuando desee recibir mayor número de ellas lo comunicará con suficiente antelación, previo acuerdo económico.

Enviar los trabajos para su publicación a:

REVISTA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
ARÁN EDICIONES, S.L.
C/ CASTELLÓ, 128, 1.º
28006 MADRID.



Tratado de CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Dirigido por el Prof. Carlos Navarro Vila (Catedrático de Cirugía Maxilofacial. Profesor-Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón) y coordinado por los Dres. Fernando García Marín y Santiago Ochandiano Caicoya.

Primer Tratado de referencia en Castellano.

Los más prestigiosos especialistas nacionales e internacionales.

A lo largo de los tres tomos se abordan temas como:

- Cirugía oral
- Implantología y cirugía preprotésica
- ATM
- Traumatología
- Aumento y distracción ósea
- Cirugía ortognática
- Malformaciones craneofaciales
- Glándulas salivales
- Cirugía estética
- Oncología y reconstrucción

3 tomos, con aproximadamente 2.000 páginas y gran riqueza de imágenes a color.

Lujosamente encuadernado en tapa dura, simil piel.

BOLETÍN DE PEDIDO

Tratado de CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

P.V.P. 468 €
(gastos de envío incluidos)

Deseo recibir el "Tratado de CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL" que pagaré:

- Talón adjunto Contra reembolso

Apellidos Nombre
 Especialidad Teléfono
 Dirección C.P.
 Localización Provincia

PHB[®]

PETIT

El primer cepillo de dientes
y gel dentífrico de los niños



DENTIFRICO INFANTIL EN GEL Formulado especialmente para garantizar una higiene dental agradable y eficaz desde la aparición de los primeros dientes. Con flúor activo y xylitol para reforzar los dientes y protegerlos contra la caries. Cuida las encías. Baja abrasividad. Suave sabor a frutas silvestres. No pica.

CEPILLO DENTAL Diseñado científicamente para adaptarse con mayor facilidad a las bocas pequeñas. Filamentos fabricados en Tynex[®] de 0,007 pulgadas de diámetro, más delgados, suaves y flexibles. Cuidadosamente redondeados en sus extremos para no dañar el esmalte ni las encías. Con capuchón protector que aísla los filamentos de contaminaciones y contactos externos.

¿Desea recibir muestras, recetarios o información de nuestros productos? Rellene y envíe este cupón a: Laboratorios PHB Castanyer 25 - 08022 Barcelona o al nº de Fax: 93 253 10 83

De venta en farmacias
PHB
Cuidamos tu boca
www.phb.es

CLÍNICA: _____

DOMICILIO: _____

CP: _____

TELÉFONO: _____

FAX: _____

PERSONA DE CONTACTO: _____

POBLACIÓN: _____

DENTISTA
 PROTÉSICO

HIGIENISTA
 OTROS