

Resúmenes Bibliográficos

Director de sección

Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza

Colaboran

M. T. Briones Luján

O. Cortés Lillo

E. Espasa

A. Xalabardé Guàrdia

M. Nosás

RELACIONES ENTRE EL DOLOR DENTAL Y SOMÁTICO EN NIÑOS

Relations between dental and somatic pain in children

Int J Paediatr Dent 2010; 20: 201-206.

El dolor es difícil de definir debido a su naturaleza subjetiva. Hoy día se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño presente o potencial en los tejidos.

Las investigaciones en Neurobiología muestran que los niños de todas las edades tienen capacidad para percibir el dolor y que una lesión en los tejidos a edades tempranas podría afectar los procesos de dolor en el futuro debido a alteraciones del desarrollo en los circuitos nociceptivos. El dolor que se mantiene durante minutos, horas o incluso días, puede ocasionarlo la enfermedad, el trauma, o procedimientos médicos tales como las vacunas, los análisis de sangre, y la cirugía. Los métodos diagnósticos invasivos resultan ser más dolorosos para los niños más pequeños debido probablemente a su incapacidad para racionalizar las experiencias dolorosas.

Los dolores que refieren los niños con más frecuencia son los de estómago, cabeza, extremidades y de espalda o pecho y aún siendo leves en cuanto a intensidad, pueden interferir con la vida escolar y familiar del niño, lo que causaría una carga emocional y financiera.

El dolor dental es muy prevalente entre niños y está asociado con los niveles de experiencia de caries de las poblaciones, siendo más manifiesto en los grupos de bajo nivel socio-económico. Los niños, al igual que los adultos recuerdan el dolor después de la visita al médico o al dentista, pero aún se desconocen muchos de los aspectos del dolor en los niños y su manejo. Por ello, el propósito de esta investigación fue estudiar las relaciones que existen entre el dolor dental y el somático referido por niños atendidos en una clínica dental pediátrica universitaria de Israel.

El número de niños estudiados fue de 79 (47 niños y 32 niñas) con edades comprendidas entre los 4 y los 13

años (edad media 8.41 ± 2.29). Todos ellos estaban sanos y ninguno requería tratamiento de urgencia. Tras obtener los consentimientos informados de los padres, los verbales de los niños, y la aprobación del Comité de Ética, se llevaron a cabo unos interrogatorios a los padres sobre datos demográficos y personales (lugar de nacimiento, número de hijos, orden que ocupan los niños en la familia, número de habitaciones en la casa, nivel educativo de los padres, y visitas anteriores al dentista). A los niños se les preguntó si habían tenido dolor dental en las semanas anteriores, el momento del día en que aparecía el dolor (en el colegio, por la tarde, mañana o por la noche), y las actuaciones ante dicho dolor (nada o informar a los padres). Posteriormente, a todos los niños se les pidió que completaran la Escala de Puntuación del Dolor con Caras (FPS) de Wong-Baker, con la que seleccionaban aquella expresión facial que mejor se ajustaba a su experiencia de malestar (del 0 al 5, donde el 0 representa el no dolor y el 5 el máximo dolor). Para validar los resultados obtenidos con dicha escala, se empleó una escala análoga visual (VAS) (de 0 a 100).

El test del Chi cuadrado fue el empleado para realizar los análisis estadísticos de los datos, obteniéndose los siguientes resultados: a) La mayoría de los niños sufrió dolores de cabeza, de estómago, y de piernas, regularmente y con varios grados de intensidad. b) Los niños más pequeños, con edades comprendidas entre los 4 y 7 años, sufrieron mayores dolores de oído y de estómago que los del grupo de más edad, los de 8 a 13 años, diferencia que resultó ser estadísticamente significativa. c) Hubo significativamente más niños que además de sufrir dolor dental refirieron también dolor de estómago comparado con los niños que no experimentaron dolor dental, no encontrándose diferencias significativas respecto a otros órganos. d) Los niños nacidos en primer o segundo lugar manifestaron menos dolor dental significativamente, que los nacidos en tercer lugar o más.

Los hallazgos de este estudio demuestran que no existe asociación entre factores demográficos y dolor dental o comportamiento ante el dolor, lo que no coincide con los resultados de otros estudios.

Los autores de este estudio concluyen que si los dolores de estómago diferencian a los niños con dolor dental de los que no lo tienen, parecería lógico que preguntar a un niño si le duele el estómago cuando visita al dentista podría ser de utilidad para valorar su dolor dental, sugiriéndonos, además, que los niños con dolor dental también pueden sentirse ansiosos por el tratamiento odontológico futuro, lo que les podría provocar dolor de estómago.

M. T. Briones Luján

EL AGREGADO DE TRIÓXIDO MINERAL PRODUCE RESULTADOS SUPERIORES EN LAS PUPOTOMÍAS DE MOLARES PRIMARIOS

Mineral trioxide aggregate produces superior outcomes in vital primary molar pulpotomy

*Doyle TL, Casas MJ, Kenny DJ, Judd P
Pediatric Dentistry 2010; 32; 41-47*

El óxido de zinc eugenol, es la base más habitual utilizada en los tratamientos pulpares. Sin embargo el eugenol en contacto directo con los tejidos pulpares puede ocasionar una inflamación crónica con la posibilidad de producir reabsorciones internas que hagan fracasar el tratamiento. Existen bases alternativas libres de eugenol, entre ellas el Cimpat S, que es una material apropiado como base en las pulpotomías.

Por otra parte el MTA se trata de un material que en contacto con el tejido pulpar ocasiona una respuesta con menor inflamación comparado con otros agentes.

El objetivo de este estudio prospectivo ha sido comparar los resultados clínicos y radiográficos de las pulpotomías con sulfato férrico, pulpotomías con sulfato férrico y una base libre de eugenol, pulpotomías con MTA y pulpotomías con sulfato férrico y MTA

Material y metodo: Para ello se seleccionaron 112 pacientes infantiles, previo consentimiento informado y aprobación por el comité ético del Hospital de Niños de Toronto. Se realizaron 270 procedimientos pulpares en molares temporales que cumplían unos criterios de inclusión; dientes asintomáticos con lesiones de caries profundas y que en sus radiografía no presentasen cambios como reabsorciones, lesión periapicales o de furca.

Los procedimientos se realizaron siguiendo las directrices de las pulpotomías en dientes temporales: en el grupo de pulpotomías con SF una vez eliminada la pulpa coronal, la hemostasia se realizaba con la aplicación de 15,5 % de SF, después se irrigaba con agua, se secaba con suavidad y se aplicaba base IRM. En el grupo de pulpotomías con SF y base libre de eugenol, el procedimiento era el mismo que el anterior y como base se aplicaba el Cimpat S. En el grupo de MTA, se procedía a controlar la hemorragia con bolitas de algodón, y posteriormente se aplicaba el

MTA y una base de IRM. En el grupo de SF y MTA, el control de la hemorragia se realizaba con el SF y posteriormente se aplicaba el MTA y una base de IRM.

Todos los molares se restauraron con coronas de acero inoxidable. Los controles se establecieron a los 12, 24 y 36 meses, valorando los cambios clínicos (presencia de fistulas, movilidad, sensibilidad, tumefacción) y radiográficos (ausencia de patología, presencia de cambios que aconsejan control, y cambios que aconsejan la extracción).

Resultados: Un total de 92 pacientes acudieron por lo menos a una revisión. La media de seguimiento clínico y radiológico fue de 22 meses, sin observarse diferencias significativas entre los distintos grupos de estudio. La valoración clínica mostró que en el grupo SF y base libre de eugenol, 4 molares presentaban absceso, 2 movilidad y 1 sensibilidad, en el grupo de Sulfato férrico; 1 molar tuvo absceso, 1 movilidad y 2 asociados a dolor. En los grupos de MTA no se apreciaron cambios clínicos patológicos.

En cuanto a la valoración radiográfica, el grupo de MTA mostró menos cambios patológicos, siendo la diferencia significativa respecto a los otros grupos, y a su vez el grupo de SF/MTA menos cambios significativamente que los grupos de SF. El grupo de SF y base libre de eugenol demostraron valores de supervivencia de los molares significativamente más bajos que el grupo de MTA.

Discusión: Los resultados favorables del MTA tanto clínica como radiográficamente son comparables a los obtenidos en otros estudios, e incluso para algunos autores aunque el MTA y el hidróxido de calcio tienen propiedades similares, los resultados son mejores en el caso del MTA.

Aunque en este estudio, los autores no encuentran diferencias significativas en la valoración de cambios radiográficos que aconsejan extracción entre el MTA y SF/MTA, si observan que el grupo convencional de MTA presenta una proporción más elevada de resultados radiográficos normales. Consideran que el SF, que se introduce para reducir el tiempo de tratamiento durante el control de la hemorragia, podría enmascarar aquellos casos donde existe una inflamación radicular, al no permitir una valoración clínica adecuada del control de la hemorragia.

En cuanto a los cambios radiográficos, el grupo de MTA mostraba de manera más frecuente una obliteración del canal pulpar, lo que no se considera patología pues refleja mayor actividad odontoblástica.

Las reabsorciones internas y externas son los cambios radiológicos más frecuentes asociados a aquellos casos que se clasifican con una valoración radiográfica que aconsejarían la extracción. Por lo que los autores recomiendan los controles de aquellos dientes clínicamente asintomáticos con lesiones de reabsorción interna.

Los clínicos continúan buscando alternativas a las pulpotomías con formocresol. Las pulpotomías con MTA evitan el uso de aldehidos y muestran resultados superiores al formocresol y sulfato férrico.

O. Cortés Lillo

*Profesora Asociada Odontopediatría.
Universidad de Murcia*

DERMINACIÓN DEL MOMENTO ÓPTIMO PARA LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS SUPERNUMERARIOS ANTERIORES NO ERUPCIONADOS

Determination of the optimum time for surgical removal of unerupted anterior supernumerary teeth

Rashied SM, Robert P. Anthonappa, Nigel M. King
Pediatr Dent 2010 32: 14-20

Introducción: En este artículo se consideran supernumerarios anteriores cualquier diente o estructura odontogénica que se forme a partir de un germen dental en exceso del número habitual tanto en dentición temporal como permanente. Pueden ser simples, múltiples, unilaterales o bilaterales en distribución tanto en el maxilar como en la mandíbula, aunque con predilección en la premaxila. Los dientes supernumerarios suelen ser hallazgos durante exploraciones clínicas y radiológicas rutinarias y pueden no comportar ningún efecto adverso en los dientes adyacentes. Contrariamente, algunos supernumerarios pueden comprometer la estética, retrasar la erupción de los dientes adyacentes, inducir al apiñamiento o maloclusión, causar quistes dentígeros, complicar procedimientos de injertos o implantes o bien comprimir nervios causando parestesia o dolor. En estos casos, es lógico sugerir que un diagnóstico y abordaje temprano puede prevenir dichas complicaciones aunque existe controversia para determinar el momento quirúrgico para la extracción de los supernumerarios. El objetivo de este trabajo era identificar los diferentes cambios y complicaciones que ocurren en los dientes adyacentes en relación al su estadio de desarrollo radicular en el momento de la extracción del diente supernumerario y identificar el momento quirúrgico óptimo para la extracción quirúrgica de los supernumerarios anteriores no erupcionados.

Métodos: Se revisaron los historiales de 300 niños que se visitaron en el Servicio de Odontopediatría de la universidad de Hong Kong entre 1980 y 2003. Sólo se consideraron los supernumerarios en la región de los incisivos centrales superiores y se excluyeron los sujetos con registros o radiografías pobres o incompletos, historia de trauma, ausencia de dientes adyacentes al supernumerario, patología sistémica o síndromes o bien con tratamiento de ortodoncia. Se estudió una población infantil de 126 niños con un rango de edad entre 3 y 15 años.

Para estimar el desarrollo dental de los incisivos adyacentes y así poder hacer comparaciones entre edad dental y cronológica se utilizó la clasificación de Demirjian (estadio E, 6-7 años: corona completamente formada y longitud radicular menor que la longitud de la corona; estadio F, 7-9 años: la longitud radicular es mayor que la longitud de la corona; estadio G, 9-10 años: longitud radicular casi completa con paredes paralelas y ápice abierto; estadio H, >10 años: ápice radicular cerrado).

Se determinaron asociaciones entre el grado de desarrollo de los incisivos adyacentes y las complicaciones en el momento de la extracción del supernumerario así como la persistencia de mala alineación dental antes y después de la extracción del supernumerario. Se utiliza-

ron test de asociación de Fisher con una probabilidad para la significancia de $p = 0,05$.

Resultados: Se identificaron 165 dientes supernumerarios con 170 incisivos centrales maxilares permanentes adyacentes entre 126 niños., las complicaciones de dichos incisivos eran evidentes en la radiografía y la severidad variaba según el grado de desarrollo radicular en el momento de la extracción del supernumerario (edad de $8,3 \pm 2,7$ años). La reabsorción radicular de dichos incisivos era la complicación más frecuente, seguida de las dilaceraciones, detención del desarrollo radicular, pérdida de continuidad de la lámina dura y defectos óseos. Especialmente si la remoción quirúrgica se realizaba en estadio H (> 10 años) presentaba el número más alto de complicaciones, seguido por las extracciones en estadio F.

No se halló persistencia de mala alineación dental antes y después de la extracción del supernumerario en el estadio C (4-5 años de edad) aunque 12 incisivos centrales maxilares permanecieron mal alineados tras la remoción del mesiodens en los estadios G y H.

Discusión: El trauma quirúrgico sobre los incisivos maxilares adyacentes a los supernumerarios suele ser una de las razones de no intervenir niños de 4-5 años (estadio C), aunque contrariamente en el presente estudio es en el grupo donde se hallaron mínimas complicaciones. En cambio la detención del desarrollo radicular de los incisivos adyacentes fue más frecuente en el grupo correspondiente a niños de 5-6 años (estadio D), sin embargo, dicha complicación se puede justificar más como causa del trauma quirúrgico que no por la presencia del supernumerario. En el estadio E (6-7 años) se halla un menor riesgo de frenar el desarrollo radicular de los incisivos adyacentes. Coincidiendo con otros autores, al retrasar la extracción del supernumerario a partir de los 10 años edad (estadio H), aumentan las posibilidades de hallar más defectos de desarrollo, siempre teniendo en cuenta que las imágenes radiográficas convencionales no dan una imagen tridimensional; la consecuencia más frecuente es la reabsorción radicular. No se halló evidencia de pérdida de la vitalidad pulpar en los dientes adyacentes con ápices cerrados, aunque otros autores lo asocian con supernumerarios invertidos.

El retraso de erupción, junto con el desplazamiento de las coronas de los incisivos maxilares se asocia comúnmente con los supernumerarios, y además es un factor predisponente para la maloclusión. Luego, se suele recomendar la remoción de los mesiodens antes de la erupción de los incisivos centrales permanentes para minimizar el riesgo de alteración (retraso o ectopia) de la erupción de los mismos. Además, si se realiza la extracción del supernumerario sobre los 4-6 años de edad no se aprecia mala alineación de los incisivos. En cambio en estadios posteriores (G y H) no hay corrección espontánea de la mala alineación de los incisivos en varios casos, por lo que una extracción precoz del supernumerario suele recomendarse, si hay evidencias de mala orientación de los incisivos permanentes. La excepción de una extracción precoz de los supernumerarios, estaría en los mesiodens con posibilidad de erupción, con buena orientación y con forma cónica ubicados sobre los ápices de los incisivos permanentes.

Conclusiones: Basado en los hallazgos de este estudio se puede concluir que:

—La extracción de los supernumerarios después de los 10 años (estadio H) causa más alteraciones del desarrollo en los incisivos permanentes adyacentes.

—La reabsorción radicular de los incisivos adyacentes era la complicación más común, seguida de las dilaceraciones, detención del desarrollo radicular, pérdida de continuidad de la lámina dura y defectos óseos respectivamente.

—La extracción precoz de los supernumerarios anteriores no erupcionados parece tener ventajas con un punto de corte de aproximadamente 6 a 7 años de edad, a partir de los cuales pueden esperarse mayores complicaciones.

M. Nosàs García

*Profesora Asociada de Odontopediatría.
Facultad de Odontología. Universitat de
Barcelona*

LA LONGEVIDAD DE DIFERENTES RESTAURACIONES EN DIENTES TEMPORALES

The longevity of different restorations in primary teeth

*Qvist V, Poulsen A, Teglers PT, Mjör IA
Int J Paediatr Dent 2010; 20: 1-7.*

El objetivo de este estudio ha sido evaluar el éxito del tratamiento en la restauración de dientes temporales usando diferentes materiales. Idealmente las restauraciones en los dientes primarios deben durar hasta su exfoliación; por tanto tienen un período de vida limitado, de aproximadamente unos 8 años. La amalgama se usaba en odontopediatría hace 30 ó 40 años, pero se ha ido desacreditando gradualmente por: su potencial toxicidad a causa del mercurio que contiene y su pobre estética. Actualmente hay disponibles varias alternativas a la amalgama, pero existen dudas en relación a cuál es el material o materiales restauradores óptimos para la dentición temporal. Deben tenerse en consideración varios factores: la facilidad en el manejo, sus cualidades físicas y químicas y sus propiedades biológicas. Estos materiales son: ionómeros de vidrio (IV) convencionales, IV reforzados con resina y compómeros. Los autores del trabajo han examinado tres estudios clínicos odontopediátricos que evaluaban los materiales de restauración mencionados, haciendo especial énfasis en la longevidad de las restauraciones. El trabajo se ha completado con otro estudio de seguimiento durante 5 años realizado por los odontopediatras del Servicio Público de Salud Dental de Dinamarca, que de forma independiente seleccionaron para su práctica clínica algunos de los materiales restauradores mencionados. Los resultados de este seguimiento se han comparado con los resultados de los tres estudios originales. Los pacientes incluidos fueron aquellos que necesitaban tratamiento restau-

rador por caries. La frecuencia de las visitas control varió entre 4 y 16 meses, según el riesgo de caries del individuo. Entre los tres estudios originales se examinaron 1807 restauraciones, a estas cabe añadir 476 restauraciones examinadas en el estudio más reciente, de seguimiento.

El total del material de trabajo consistió en 398 amalgamas, 406 IV convencionales, 805 IV reforzado con resina y 674 compómeros. Las restauraciones se siguieron hasta su exfoliación o hasta el momento en que estuvo indicado su extracción, reparación o reemplazo. El máximo del período de seguimiento fue de 7 a 8 años en los tres trabajos originales y de 5 años en el último estudio. Entre el 83% y el 88% del total de restauraciones en los diferentes estudios, se colocaron como tratamiento de la caries primaria; las otras restauraciones fueron reposiciones de restauraciones falladas.

Las cavidades se diseñaron como preparaciones convencionales pequeñas, sin biselado y sin extensión preventiva. No se empleó dique de goma, ni grabado ácido. En la mayoría de las cavidades (57%) se colocó un fondo cavitario de hidróxido de calcio. El acondicionador cavitario se usó aleatoriamente para la mitad de restauraciones de IV reforzado con resina y de compómero en los 3 estudios anteriores y en todas las restauraciones con compómero del último estudio. Se comprobó la oclusión, pero no se pulieron las restauraciones.

En el último estudio, los 9 clínicos implicados seleccionaron libremente el material a utilizar, que comprendió: 57 ionómeros de vidrio (Ketac-Molar[®]; 3M ESPE, St. Paul, MN, USA) y 419 compómeros (Dyract AP; Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein / Compo-glass[®]; Dentsply International, York, PA, USA), principalmente en restauraciones clase II. Las restauraciones se colocaron en 307 niños tratados de forma consecutiva de edades comprendidas entre 2,6 y 15,3 años (mediana 7,4 años). También se incluyeron en el estudio los pocos dientes que no se exfoliaron a causa de falta del sucesor permanente.

Las restauraciones se registraron como “falladas” si eran reparadas, reemplazadas o si el diente era extraído por complicaciones de endodoncia o fractura. Se registraron como “consumadas” en los casos de exfoliación del diente con la restauración in situ, paciente que abandona el estudio o reposición debido a caries primaria. Ej. caries en cualquier otro sitio del diente, no asociada con la restauración. En las restauraciones “consumadas”, el período de observación se definió como el período existente entre el tratamiento restaurador y el término medio entre las fechas de cuando el diente restaurado se vio por última vez y el momento en el que se registró como ausente o que el paciente había abandonado.

Al combinar los resultados de todos los estudios, la mayor longevidad se encontró en las restauraciones clase I y la menor en las clase II. Los tiempos de supervivencia al 75% se estimaron de: 5,7 años para las clases I; 3,2 años para las clases II; y 3,5 años para las clases III y IV. Se observó que el tipo de material restaurador influyó en la longevidad. La supervivencia para los IV reforzados con resina y compómeros fue casi la misma que para la amalgama y todos se diferenciaron de los IV convencionales. Los tiempos de supervivencia al 75% en las clases II para los diferentes materiales fueron: 4

años para compómeros, 3,8 años para IV reforzados con resina, 3,8 años para amalgama y 1,4 para IV convencionales.

En el último estudio donde los clínicos seleccionaron libremente el material restaurador, a los 5 años permanecían *in situ* el 9% de las restauraciones de IV y el 14% de las restauraciones de compómero. Estas 65 restauraciones se valoraron como buenas, sin necesidad aparente de reparar o reemplazar, aunque un tercio mostró una o más deficiencias menores.

En el momento que se inició el último estudio, la amalgama era aún el material restaurador usado para restauraciones de dientes temporales posteriores en el Servicio de Salud Pública de Dinamarca. Actualmente, el uso de amalgama para las restauraciones de dientes temporales es de facto prohibido en todos los países escandinavos. Debe remarcar que ninguna de las restauraciones realizadas en el último estudio se realizó con amalgama.

La longevidad de las restauraciones es probablemente el parámetro más importante para la medición del éxito en el tratamiento restaurador. Las muestras en todos los estudios consistieron en restauraciones realizadas en todos los tipos de cavidades por los mismos grupos de clínicos y sobre una misma población; por tanto tiene una significación clínica el hecho de que la supervivencia de las restauraciones de amalgama en los estudios antiguos y la de los materiales adhesivos del último estudio, es casi idéntica. Lo que indica que las condiciones de las restauraciones no han cambiado desde la era de la amalgama; aunque las causas del fallo de las restauraciones difieren: en las restauraciones con amalgama predominan la fractura y la complicación endodóntica; mientras que en las adhesivas predomina la pérdida de la restauración.

En cuanto al compómero se observó que en los estudios antiguos, la pérdida de retención condujo a la reposición del 5% de las restauraciones clase II con compómero realizadas sin acondicionador pero sólo del 2% de las restauraciones realizadas con acondicionador. Por tanto, en el estudio más reciente, el acondicionador se usó siempre con el compómero; y el resultado de una pérdida del 10% de las restauraciones clase II de compómero, fue inesperado. La supervivencia encontrada para las dos nuevas marcas de compómeros fue signifi-

cativamente menor para las restauraciones del estudio más reciente. Sobre estos descorazonadores resultados han de tomar nota los fabricantes, ya que siempre aseguran que las nuevas versiones de sus productos son mejores, comparadas con las versiones antiguas; a menudo estas afirmaciones están basadas en resultados de pruebas de laboratorio que son más baratas y más cortas, pero menos fiables que los ensayos clínicos.

El mismo dilema nos encontramos al comparar la longevidad de las cavidades clase II de IV usando una versión antigua y una nueva del mismo producto, en 1991 y 1999, respectivamente. Estudios de laboratorio han mostrado propiedades mecánicas mejoradas de la nueva versión en comparación con la anterior. Los autores han encontrado pocas fracturas tempranas entre las restauraciones del estudio más reciente y una distribución de supervivencia en favor de la nueva versión durante los dos primeros años del tratamiento; sin embargo, debido a un incremento de la frecuencia de fracturas tardías en las restauraciones de ionómero, las curvas fueron casi coincidentes y no se encontraron diferencias de supervivencia significativas entre las dos versiones de ionómero de vidrio. Por tanto, puede llevar algunos años, desde el lanzamiento de una nueva versión de un material hasta que los resultados clínicos no prueben si es realmente mejor, al compararlo con las versiones anteriores del mismo material.

Otra observación a comentar fue que ante la mayor supervivencia de las superficies de contacto restauradas con IV convencional, IV reforzado con resina y compómero, comparadas con las superficies en contacto de la amalgama, sólo se vieron diferencias pequeñas e insignificantes entre las marcas nuevas y antiguas de ionómeros de vidrio y compómeros.

Los autores concluyen que el tratamiento de la caries puede realizarse con éxito usando materiales restauradores adhesivos como alternativa a la amalgama, sin consecuencias negativas para la salud dental de los niños y adolescentes.

E. Espasa

Profesor titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona