

ESPECIAL EXPO^UENTAL

MARZO 2014



Sumario

Opinión

Alternativas para la financiación. *Pág. 3*

Reportajes

Santa Apolonia en diferentes Colegios. *Pág. 16*

Ciencia y salud

Shock Anafiláctico en Odontología. *Pág. 4*

Quisteoctomía y Xenoinjerto. *Pág. 10*

Etiología y tratamiento del mal olor bucal. *Pág. 52*

Gestión

La contabilidad: un GPS para la empresa. *Pág. 14*

Edita:

ODONTÓLOGOS
de hoy

Colabora:





Alternativas para la financiación



IGNACIO GUTIÉRREZ GALENDE
SOCIO DE GALENDERUBIO ABOGADOS.

Cuando decidimos invertir en la adquisición o renovación de equipos para nuestros negocios, un importante problema es disponer de la liquidez suficiente, muchas veces carecemos de ella y, en otras ocasiones, el desembolso del importe completo nos deja sin margen de maniobra para el funcionamiento del día a día.

En estos casos de falta de liquidez, para poder hacer frente a este desembolso, tenemos que acudir a diferentes formas de financiación, siendo las principales préstamos bancarios, leasing, renting y uno que ha crecido a raíz de la falta de crédito bancario, que son los préstamos entre particulares como puede ser entre familiares, amigos y otros.

La financiación bancaria se instrumenta a través de un contrato de préstamo con cualquier entidad financiera, es muy importante estar atentos a las diferentes líneas del Instituto de Crédito Oficial, que dependen, del Ministerio de Economía y ofrece líneas de INVERSIÓN EMPRESAS con mejores tipos de interés que los que ofrece la banca en el libre mercado.

Fiscalmente no tiene ninguna ventaja con respecto el abono del importe íntegramente con recursos propios, puesto que sólo nos podemos deducir como gasto la parte proporcional de la depreciación que sufren los bienes, de acuerdo con las tablas fijadas por hacienda, por ejemplo, un ordenador sería en 4 años y un sillón articulado sería en 12 años, tanto en el IRPF como cuando somos autónomos en el Impuesto sobre Sociedades, o cuando actuamos a través de una sociedad profesional.

Mediante un renting o un leasing, que son dos figuras de arrendamiento financiero, éstas se caracterizan por las siguientes ventajas:

Ventajas económicas:

No nos vemos obligados a realizar un elevado desembolso inicial, lo que nos permite disponer de un bien que estamos pagando a plazos, no inmovilizando otros recursos que podemos destinar a otros fines.

Dado que estos contratos incluyen un seguro y un mantenimiento, podemos tener la garantía del buen estado de los equipos mientras los estamos pagando, a diferencia de una compra convencional, en donde una vez superado el período de garantía, deberemos financiar su mantenimiento y reparaciones.

Ventajas financieras:

Al no ser los equipos todavía de nuestra propiedad, son propiedad de la entidad financiera, esto implica que no aparecen en el balance y, en consecuencia, ofrecemos una mayor rentabilidad de nuestras activos, lo que permite

ofrecer una mejor salud financiera de nuestra empresa de cara a obtener otra clase de financiación bancaria.

El importe es constante durante todo el período, ofreciendo una gran tranquilidad el tener certeza de los costes fijos que tendrá el tener los equipos a punto.

Ventajas fiscales:

La ley de IVA permite deducir su importe siempre que los bienes estén afectos a la actividad de la empresa, y nos iremos deduciendo la cuotas de IVA a medida que vamos abonando el importe de cada cuota. Aquí es importante tener en cuenta que el IVA que tenemos que pagar ya no es el “sanitario del 10%” sino que, al tratarse de una operación de alquiler, el IVA pasa a ser del 21%. Al ser el sector dental una actividad exenta de IVA, todo lo que paguemos de IVA no será deducible, sino que se entenderá como un mayor gasto, por lo que es interesante valorar qué nos beneficia más si el ahorro que vamos a obtener por una amortización anticipada o buscar otra forma de financiación que no nos incremente el IVA.

Con respecto el IRPF o el Impuesto sobre sociedades, el uso de esta forma de financiación nos permite una deducción acelerada de los equipos, es decir, adelantar un gasto no producido para retrasar el pago de impuestos.

Las diferencias entre el leasing y el renting son que el primero es un arrendamiento con opción a compra y su duración mínima es de 2 años. El renting es simplemente un alquiler, aunque suele ser muy habitual quedarnos con el bien a la finalización del contrato abonando su valor residual.

Finalmente en los préstamos entre particulares, funcionan exactamente igual que un préstamo bancario, pero debe tenerse cuidado cuando es entre familiares para cumplir con las formalidades en los casos de familiares, puesto que estaríamos en lo que se conoce como operaciones vinculadas, que se dan tanto por consanguinidad como afinidad hasta el tercer grado, y debiendo siempre formalizarse por escrito, como garantía ante terceros, como podría ser un requerimiento de Hacienda, debiendo tenerse estos contratos, desde la formalización del préstamo y no esperarse al requerimiento de Hacienda para redactarlo, o en caso de incumplimiento para realizar con garantías la reclamación. De cara a dar mayor agilidad al pago de cada cuota, se puede instrumentar mediante la entrega de pagarés que coincidan con la fecha de cada cuota para disponer de un título ejecutivo •

Para cualquier consulta, escríbeme a igutierrez@galenderubio.com

ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

Laura San Martín Galindo. Universidad de Harvard
correspondent.usa@odontologosdehoy.com

Isabel Moreno Hay. University of Kentucky
correspondent2.usa@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos
correspondente.portugal@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

José Manuel Aguirre Urizar. Catedrático de Medicina Bucal. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

Jesus Albiol Monné. Presidente Junta Provincial de Tarragona del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña.

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucal y Oclusión. Universidad de Oviedo.

Carlos Araujo. Profesor de prótesis de la Facultad de Odontología de Bauru (Univ. de Sao Paulo, Brasil).

Joan Birbe Foraster. Presidente de la Soc. Catalana – Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial. Barcelona.

Andrés Blanco Carrión. Profesor Titular de Medicina Oral. Santiago de Compostela.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sist. Navarro de Salud. Pamplona.

Peter Carlsson. Profesor de Cariología (Universidad de Malmö, Suecia). Director del CAPP (Country Area Profile Project), centro colaborador de la OMS para la salud oral. Suecia.

Josep María Casanellas Bassols. Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Antonio Castaño Seiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Sevilla.

Ramón del Castillo Salmerón. Profesor Titular de Prótesis Bucal. Univ. de Granada.

Laura Ceballos García. Profesora Titular de P.T.D y Endodoncia. U.R.J.C. Madrid.

Miguel Cortada Colomer. Catedrático de Prótesis Dental. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Joaquín Estévez Lucas. Presidente Asociación de Directivos de la Salud. Madrid.

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prótesis Dental y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Profesora Dental. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. U.R.J.C. Madrid.

Jaime Gil Lozano. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.P.V. Bilbao.

Luis Giner Tarrida. Decano Facultad de Odontología, Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Ángel González Sanz. Profesor Titular U.R.J.C. Madrid.

Juan José Guarro Miquel. Presidente Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental de Cataluña. Barcelona.

Luis Antonio Hernández Martín. Profesor de Prótesis Dental y Maxilofacial. Clínica Odontológica. Universidad de Salamanca.

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica Universidad de Sevilla.

Daniela Lemos Carcereri. Profesora Titular Departamento de Odontología. Campus Universitario Trindade. Santa Catalina, Brasil.

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal facial U.C.M. Madrid.

José María Martínez González. Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Florencio Monje Gil. Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

María Jesús Mora Bermúdez. Profesora Titular de Prótesis. Universidad de Santiago de Compostela.

Bernardino Navarro Guillén. Jefe de Sección de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor. Hospital General Universitario de Alicante.

Joaquín de Nova García. Profesor Titular de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia, U.C.M. Madrid.

María Angustias Palomar Gallego. Catedrática de Anatomía. U.R.J.C. Madrid.

Rolando Peniche Marcín. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab. Mérida, Yucatán, México.

Carlos Perezagua Clamagirand. Catedrático de Medicina Bucal. U.C.M. Madrid.

Paloma Planells del Pozo. Profesora Titular de Odontopediatría. U.C.M. Madrid

Juan Carlos Prados Frutos. Profesor Titular de cirugía. Director Dto. de Estomatología. U.R.J.C. Madrid.

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

David Ribas. Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Sevilla.

Jaime del Rio Highsmith. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Martín Romero Maroto. Profesor Titular Ortodoncia U.R.J.C. Madrid

Manuel María Romero Ruiz. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

José Ignacio Salmerón. Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Juan Salsench Cabré. Catedrático prótesis dental, Universidad de Barcelona.

Francisco Javier Sanz Serrulla Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina. U.C.M. Madrid.

Francisco Javier Silvestre Donat. Jefe de Estomatología del Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis Bucal facial U.C.M. Madrid.

Brian J. Swann. Clinical Instructor in Oral Health Policy & Epidemiology. Harvard School of Dental Medicine. USA.

Jacques-Henri Torres. Profesor Faculté d'Odontologie, Universidad de Montpellier 1. Francia.

Irene María Ventura de Carvalho Ramos. Profesora asociada de Odontopediatría en la Facultad Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz del Campus Universitário Monte de Caparica. Setúbal, Portugal.

Luis Alberto Vicentela. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

Silvina Beatriz Villalba. Profesora titular. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

Esteban Zubiría Ibarzabal. Evaluador externo de la Comisión de Acreditación de Formación Continuada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Gipuzkoa.

© **Publicaciones Siglo XXI, S.L.**
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.
28006 Madrid.
Tel: 911 93 59 59
D.L.: M-648-2013
ISSN: 2255-582X

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, envíenos un mail a distribucion@odontologosdehoy.com indicando los siguientes datos:

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- N° de Colegiado Médico u Odontólogo
- Correo Electrónico
- Indíquenos si desea recibirlo en formato digital (pdf) o en papel

Caso clínico: Shock Anafiláctico en Odontología

**BERNARDINO NAVARRO GUILLÉN,
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.
ANESTESIÓLOGO. HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO (ALICANTE)**

Si bien los anestésicos locales utilizados actualmente en Odontología presentan un alto grado de seguridad, en ocasiones pueden presentar efectos adversos indeseables que, aunque en la mayor parte de casos son leves y pasajeros, excepcionalmente pueden revestir gravedad extrema. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden solucionar incluso estas situaciones. Pacientes con antecedentes alérgicos (atopias) presentan mayor disposición a padecer cuadros anafilácticos.

Las reacciones adversas tras la infiltración anestésica suelen ser de dos tipos: vasomotoras (vagales y simpaticotónicas), generalmente de origen psicógeno, y otras en relación con las drogas administradas (tóxicas y alérgicas) (Cuadro 1). De estudios tradicionales se deduce que las reacciones tóxicas y alérgicas son excepcionales, mientras las respuestas vagales, así como los pocos casos debidos a hipoglucemia, no llegan al 10% de los pacientes anestesiados. El síncope vasovagal es la causa más frecuente de trastorno de la conciencia y cuadro vegetativo asociados al uso de anestésicos locales. A veces puede deberse a la hiperextensión del cuello en el sillón, ocasionada por hipersensibilidad del seno carotídeo.

Los síntomas y signos clínicos en los cuadros alérgicos son muy variados, y en ocasiones muy poco diferenciales de otras etiologías de reacciones adversas, lo que complica su evaluación, pudiendo inicialmente confundir el diagnóstico y retrasar su tratamiento con las consecuencias derivadas. Entre éstos se pueden observar: conversación inconexa, desorientación y agitación, náuseas y vómitos, sudoración, palidez, convulsiones, temblores, taquicardia o

Se comunica el caso de un paciente varón de 39 años de edad, que acude al gabinete odontológico tras haber presentado dolor de tipo agudo a nivel del segundo molar inferior izquierdo. Entre sus antecedentes destaca alergia al polvo doméstico (ácaros) y al grupo de antibióticos beta-lactámicos. Programado para realizar procedimiento endodóncico, tras infiltración troncular con carpule 1.8 ml de articaína al 4% con epinefrina al 1: 200.000, el paciente presenta un cuadro inicial consistente en náuseas, palidez, urticaria, convulsiones y disminución progresiva de la conciencia. Colocado el paciente en decúbito supino con las piernas en alto con respecto al torso (posición de Trendelenburg), se aprecia agravación progresiva y rápida de su estado clínico, con disnea, bradicardia e hipotensión arterial severas, a la vez que inflamación edematosa de la lengua y los labios.

bradicardia, lesiones eritematosas, prurito y urticaria inmediata, alteraciones del ritmo respiratorio, angioedema, pérdida de conocimiento, y, en los casos más graves, broncoespasmo y shock anafiláctico. En el estudio electrocardiográfico pueden aparecer trastornos de la excitabilidad (arritmias), de la conducción cardíaca e incluso de la repolarización, habiéndose descrito algún caso de lesión isquémica miocárdica. En principio no dispondremos de esta prueba en la clínica odontológica, pero nos ayuda a entender el proceso.

Muchos de estos síntomas y signos pueden encauzarnos el diagnóstico al estar en ocasiones más relacionados con determinadas causas: hiperventilación, mareo, bradicardia con pulso débil, hipotensión y pérdida de conciencia en cuadros vagales; palpitaciones, taquicardia, hipertensión y cefalea orientan al origen simpaticotónico por los vasoconstrictores; síntomas neurosensoriales (excitabilidad, disforia, parestesias peribucales, temblores, convulsiones e incluso pérdida de conciencia) en los cuadros tóxicos, en los cuales, dependiendo de las concentraciones plasmáticas y de la velocidad de introducción en el torrente circulatorio, puede aparecer afectación del sistema cardiovascular (bradicardia, hipotensión, bloqueo auriculoventricular, incluso parada cardíaca).

En la semiología alérgica tras la administración de anestésicos locales, destacan signos mucocutáneos

(rinitis, urticaria, angioedema) los cuales orientan el diagnóstico, insuficiencia respiratoria (por edema de glotis y broncoespasmo) y colapso circulatorio que puede llegar al shock, todos ellos de instauración rápida.

Es importante valorar el miedo, la ansiedad y la sensación dolorosa previos a la infiltración local, que con frecuencia condicionan cuadros vasovagales y pueden ayudar a descartar un cuadro clínico de gravedad.

El shock anafiláctico es la forma más severa de las reacciones alérgicas, incluyendo entre sus manifestaciones más importantes insuficiencia respiratoria y colapso circulatorio, este producido por dilatación de los vasos sanguíneos, que al disminuir sus resistencias provoca un menor flujo de sangre y oxígeno al cerebro y otros órganos vitales. La anafilaxia es una respuesta del sistema inmunológico, en segundos o minutos, a la presencia de un alérgeno, ante el cual el organismo ha estado en contacto previamente la mayor parte de los casos. De ahí que puede presentarse el cuadro clínico sin que el paciente refiera historia previa de alergia a los anestésicos locales. Si bien todos ellos pueden actuar como alérgenos, sin embargo los más utilizados en clínica odontológica suelen ser la lidocaína y la articaína, ambos pertenecientes al grupo amida, el cual es extraordinario conduzca a reacciones alérgicas significativas. El cuadro se establece por liberación de



Integrar soluciones en un mismo sistema. La naturaleza es así.

En Phibo® buscamos la perfección. Y es la naturaleza la que nos inspira y nos enseña a crecer como un conjunto. Gracias a ella, y utilizando la tecnología más avanzada, te ofrecemos una solución integrada para que puedas hacer rehabilitaciones dentales tan perfectas como si la naturaleza hubiera hecho el trabajo.

Belleza. simplicidad. crecimiento.

Ven a vernos:
Expodental, stand D11-13, pabellón 7.

Visítanos en: www.phibo.com



phibo®

We decode nature.

los mastocitos de mediadores químicos en respuesta a determinadas sustancias extrañas al organismo, desarrollándose consecuencias humorales y celulares, y su repercusión, en los casos graves, en los sistemas circulatorio y respiratorio.

Dos características definen al shock anafiláctico: su extrema gravedad y su reversibilidad con un tratamiento adecuado. La presentación del cuadro requiere atención clínica de urgencia, ya que puede conducir a parada cardiocirculatoria, apoyando con medidas terapéuticas rápidas y evacuando al paciente a un medio hospitalario. Por tal motivo el tratamiento inicial debe comenzarse en el gabinete odontológico, a la vez que se establece el aviso al Servicio de Urgencias para su traslado. En dicho medio o a nivel ambulatorio para casos alérgicos menos graves, se continuará el proceso de estudio de estas reacciones para definir su etiología (Cuadro 2). El odontólogo adjuntará para dicho estudio un informe con la historia clínica del paciente donde se haga constar la sintomatología, el anestésico local y el volumen utilizados, con o sin vasoconstrictores, así como el momento de aparición del cuadro tras la administración de la droga y el tratamiento realizado.

El objetivo del tratamiento es doble. Por un lado, yugular las manifestaciones respiratorias y cardiocirculatorias que ponen en peligro la vida. Por otro, actuar sobre la liberación de mediadores químicos y con ello sus efectos mantenidos sobre los órganos diana. Evidente-

mente suspender la administración del anestésico local tras comenzar con síntomas. Favorecer el retorno venoso, situando al paciente en posición de Trendelenburg. Mantener permeable la vía aérea, caso de ser necesario.

La base del tratamiento farmacológico está en la utilización de adrenalina, por sus efectos adrenérgicos tanto a nivel alfa (aumento de las resistencias vasculares y restauración de la tensión arterial), como beta 1 (mejorando la actividad cardíaca y como consecuencia el débito) y beta 2 (broncodilatador, además de activar el proceso enzimático intracelular que favorece la síntesis de AMP cíclico). Se intenta abordar una vía venosa, con la finalidad de administración de drogas, perfundiendo con Solución Fisiológica o Ringer Lactato. Entre las diversas pautas del uso de adrenalina en estos casos, aconsejo la dilución, en una jeringuilla de 20 ml, de 1 mg de la droga y hasta 20 ml de solución fisiológica (0.05 mg/ml), administrando vía endovenosa, preferentemente, un volumen inicial de 4 ml, repitiendo cada minuto 2 ml, hasta la resolución del caso. Se puede llegar a una dosis máxima entre 5 y 10 mg. Si hubiera dificultad para el abordaje endovenoso, o bien en las formas menos severas, se pueden utilizar la vía subcutánea, submucosa (debajo de la lengua) e intramuscular. Paralelamente se debe administrar oxígeno por cánula nasal o mascarilla facial, con la finalidad de atenuar la hipoxia tisular. Si el broncoespasmo no mejora, se puede

recurrir a broncodilatadores (Salbutamol en aerosol o parenteral). Para administración subcutánea se puede utilizar jeringa precargada con solución inyectable de Adrenalina 1mg/ml, a dosis de 0,3-0,5 ml, pudiendo repetir la dosis a los 15-20 min. No parecen ocupar los corticosteroides una función significativa en la fase aguda del shock anafiláctico. Sin embargo son útiles para prevenir las respuestas tardías. En nuestro medio utilizamos, también vía endovenosa, Metilprednisolona a dosis de 1 gr o Hidrocortisona a dosis de 500 mg. Los antihistamínicos tampoco parecen ser útiles en esta fase, pues no resuelven el problema e incluso pueden potenciar la hipotensión inicial. Ya en el medio hospitalario se recurrirá a otras drogas para tratamiento de arritmias, acidosis metabólica, etc.

Aunque no fue el caso clínico que nos ocupa, quiero hacer mención de los cuadros alérgicos debidos al látex (material componente de los guantes quirúrgicos), que aun siendo sumamente excepcionales, en ocasiones presentan extrema gravedad. Pero esta cuestión será tratada ampliamente en un posterior artículo •

BIBLIOGRAFÍA

1. Mechan JG, Rood JP. *Adverse Effects of Dental Local Anaesthesia*. *Den-Uppdate* 1997; 24:315-318.
2. Danblander M, Muller R, Lipp MD. *The Incidence of Complications Associated with Local Anesthesia in Dental Surgery*. *Clinic Oral of Surgery* 1997; 24:278-283.
3. Levy JH. *New concepts in the treatment of anaphylactoid reactions in anesthesia*. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993;12:223.
4. Gall H, Kaufmann R, Kalveram CM. *Adverse reaction to local anesthetics: Analysis of 197 cases*. *J Allergy Clin Immunol*. 1996; 97:933-937.
5. Escolano F, Aliaga L, Alvarez J et al. *Reacciones alérgicas a los anestésicos Locales*. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 1990; 37:172-175.
6. Borish L, Joseph BZ. *Inflammation and the allergic response*. *Med Clin North Am*. 1992; 76:765-87.
7. Herrera AM, Shazo RD. *Current concepts in anaphylaxis. Pathophysiology, diagnosis and treatment*. *Immunol Allergic Clin North Am* 1992;12:517-34.
8. Holzman RS. *Latex Allergy: An emerging operating room problem*. *Anesth Analg* 1993;76:635-41.

Cuadro 1: Causas de reacciones adversas tras anestesia local.

A. Técnicas ó mecánicas

- Trauma local
- Psicomotoras y/o vasovagale
- Por estimulación simpática

B. Farmacológicas

- No alérgicas
 - a. Tóxicas: generales y locales
 - b. Idiosincrásicas (ej. Metahemoglobinemia por prilocaina)
- Alérgicas
 - c. Anestésicos locales
 - d. Conservantes y antioxidantes
 - e. Látex

Cuadro 2: Algoritmo para diagnóstico etiológico de reacciones adversas a los anestésicos locales.

- Historia clínica: antecedentes, anestésicos utilizados y sintomatología.
- Estudio de sensibilidad vagal.
- Estudio de reactividad adrenérgica.
- Investigación de alergias: prick, pruebas intradérmicas o de provocación subcutánea.

“ Puedo reducir en casi un 50% la factura de laboratorio sin renunciar a la más alta calidad y seriedad ”

Dr. Rafael Filpo Valentín
nº de colegiado 47310
Licenciado en Odontología
por la universidad de Santiago

Queridos amigos y colegas, en esta época de fuerte crisis en la que resulta imprescindible encontrar la rentabilidad reduciendo costes, quiero compartir con todos vosotros un nuevo Laboratorio. **Dental Lab**, ¡todo un descubrimiento!

Ya hace más de un año que trabajo con ellos y los resultados son excelentes. Puedo ofrecer a mis pacientes una **alta calidad a un precio muy por debajo de lo que estamos acostumbrados a pagar**, reduciendo casi en un 50% la factura de laboratorio.

Si quieres saber más o hacer alguna consulta, no dudes en ponerte en contacto con ellos, os lo recomiendo.

DENTAL
Lab

<http://www.dental-lab.fr/>
902 222 029
FRANCIA-ESPAÑA-PORTUGAL



**ATCHES
 PARA PRÓTESIS HÍBRIDAS**

INTRACLIP

Hembra metálica biocompatible



Anilla retentiva intercambiable



Macho calcinable



10°



10°



Soporte mecanizado



Hembra intercambiable de nylon con refuerzo metálico



MICRO2 INTEGRA

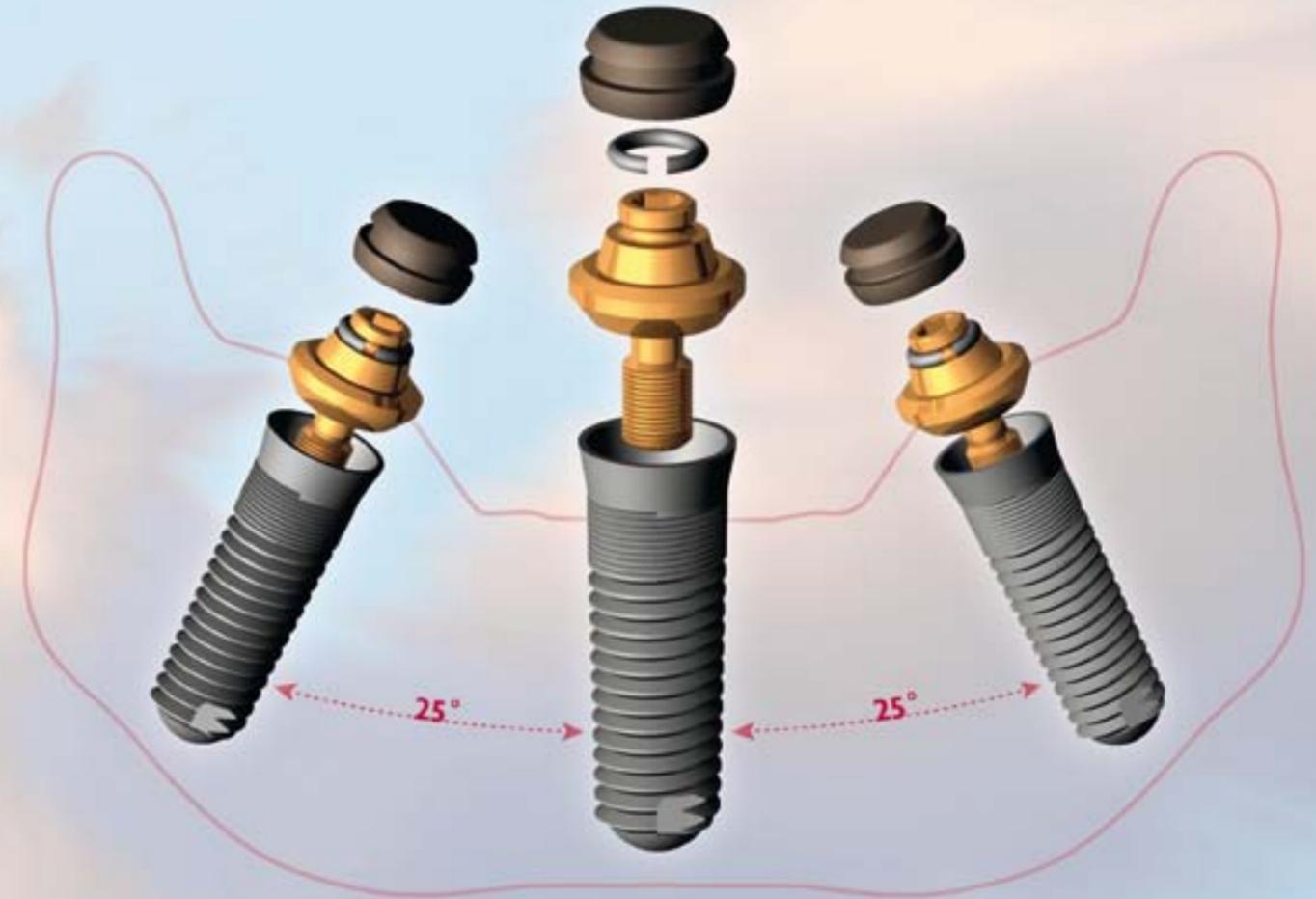
Macho calcinable



FIABLE . SÓLIDO . DIFERENTE

MICRO-CONECTOR

El atache cónico anclado estable que asegura el paralelismo automático para prótesis implanto soportadas



Estético

Confortable

Higiénico

DIFERENTE

Caso clínico: Quistectomía y xenoinjerto

DR. J.C PRADOS FRUTOS. PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA BUCAL. DIRECTOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (MADRID)

Paciente varón, 47 años, ASA I

Diagnóstico de presunción: Quiste residual (Figuras 1 y 2)

El diagnóstico de presunción se basa en ausencia de síntomas y signos de actividad (fluctuación...), antecedente de extracción dental, edad (3ª - 5ª década), localización de la patología y radiología.

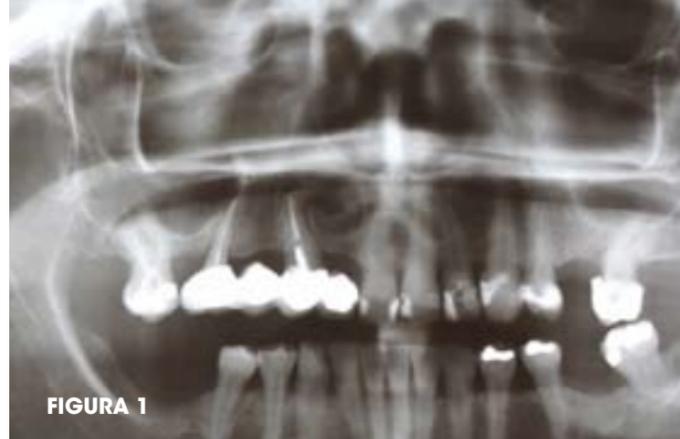


FIGURA 1

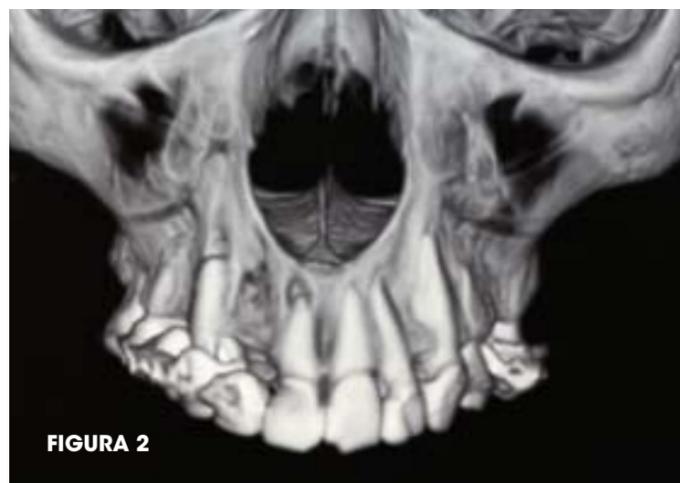


FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 6

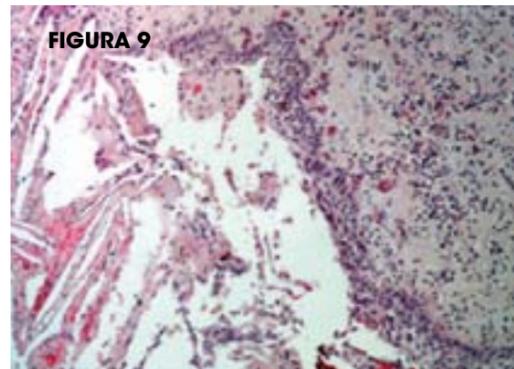


FIGURA 9

EPITELIO ESCAMOSO CON BAJO GRADO DE QUERATINIZACIÓN Y SIGNOS INFLAMATORIOS



FIGURA 4



FIGURA 7



FIGURA 5



FIGURA 8

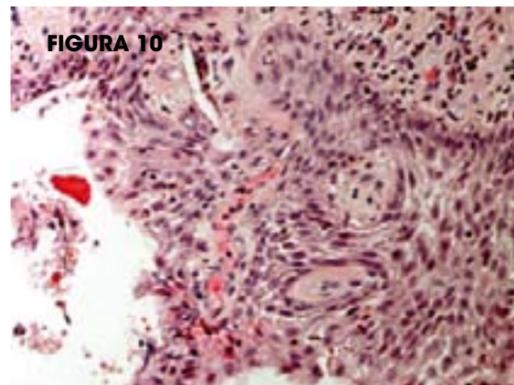


FIGURA 10

Curso de Oclusión y Odontología Restauradora Estética Teórico - Práctico

El **objetivo general** del Curso en Odontología Restauradora Estética es que el alumno del mismo, tenga la capacidad para incorporar un protocolo de exploración global de la boca, identificando el problema principal del paciente y motivo de consulta y sus posibles causas, teniendo en cuenta la salud general del paciente para poder analizar el riesgo y el pronóstico de la boca y poder establecer un diagnóstico integral. Y basándose en ese diagnóstico planificar un tratamiento y mantenimiento fiable predecible y estable en el tiempo.



Dr. Guillermo Galván

Módulo 1: DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN INTEGRAL DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR ESTÉTICO.



Dra. Pilar Lobo

Módulo 2: ESTÉTICA DIRECTA EN GRANDES RECONSTRUCCIONES

Módulo 3: ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÉTICA INDIRECTA

Módulo 4: ESTÉTICA SOBRE IMPLANTES IMPLANTOLOGÍA ESTÉTICA GUIADA PROTÉSICAMENTE

Fechas 1ª Edición
REALIZADO

Módulo 1: 17 - 18 enero
COMPLETO

Módulo 2: 28 febrero - 1 marzo

ULTIMAS PLAZAS

Módulo 3: 21 - 22 marzo

Módulo 4: 4 - 5 abril

Fechas 2ª Edición

ULTIMAS PLAZAS

Módulo 1: 26 - 27 septiembre

Módulo 2: 17 - 18 octubre

Módulo 3: 7 - 8 noviembre

Módulo 4: 12 - 13 diciembre

Información e Inscripciones

Teléfono: 983 335 566

www.galvanloboformacion.com

e-mail: formacion@galvanloboformacion.com



Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León

Diagnóstico de certeza: histopatología (figuras 9 y 10)

Tratamiento

Quistectomía con relleno de cavidad con hueso liofilizado y empleo de membrana reabsorbible (figuras 3 a 8). La segunda fase terapéutica, previa al tratamiento implantológico y rehabilitador, consistió en xenoinjerto de origen equino (figuras 11 a 13).

Segunda fase terapéutica: Xenoinjerto de bloque equino

A los seis meses se realiza control radiográfico mediante TC helicoidal (Dr. R. Ortega Aránegui), confirmándose integridad y estabilidad del injerto (figuras 14 a 17).

Este caso clínico ha sido realizado en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid) •

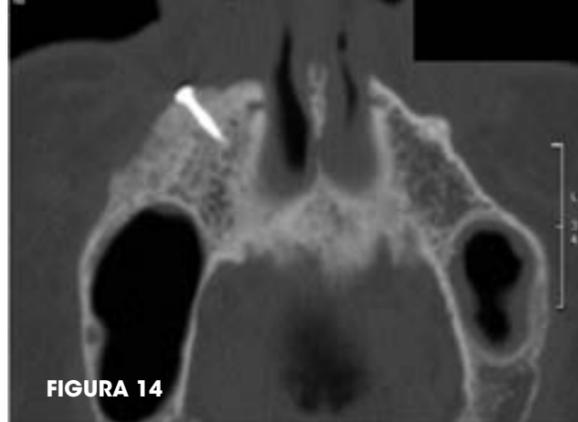


FIGURA 14

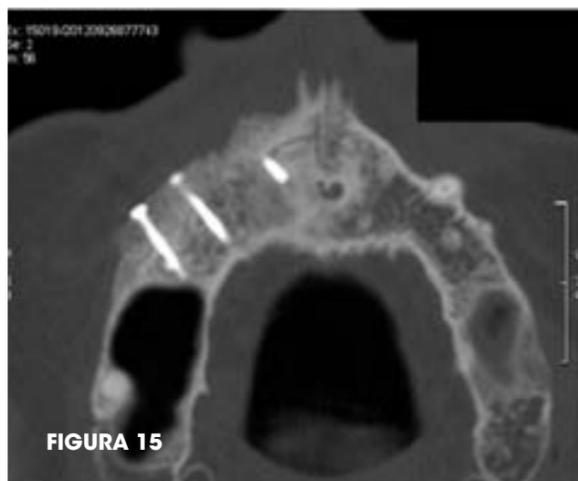


FIGURA 15

CONTROL RADIOGRÁFICO



FIGURA 11

COLGAJO MUCOPERIÓSTICO



FIGURA 12

OSTEOPLASTIA



FIGURA 13

INJERTO EN POSICIÓN FIJADO MEDIANTE TORNILLOS. RELLENO DE ESPACIOS LIBRES CON HUESO LIOFILIZADO



FIGURA 16



FIGURA 17

VACUNAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A Y B

Hepatitis A

Havrix
Vacuna Hepatitis A inactivada

HAVRIX 1440 EDAD ≥ 19 años¹

0 6-12 meses

HAVRIX 720 EDAD 1-18 años¹

0 6-12 meses

Hepatitis B

Engerix B 20

EDAD ≥ 16 años²

PAUTA HABITUAL³ 0 1 6 meses

PAUTA RÁPIDA³ 0 1 2 12 meses

PAUTA ACELERADA³ 0 7 21 12 días días días meses

*A partir de 18 años

Hepatitis A+B

Twinrix
Vacuna combinada Hepatitis A y B

DOBLE PROTECCIÓN

Frente a un doble riesgo

TWINRIX ADULTOS PAUTA ACELERADA¹

0 7 21 días días días Dosis de recuerdo a los 12 meses

Protección eficaz frente a la Hepatitis A y B en adultos³

TWINRIX ADULTOS PAUTA ESTÁNDAR¹

0 1 6 meses meses meses

Indicada en adultos y adolescentes a partir de 16 años³

REFERENCIAS:

1. Ficha técnica Havrix®, GlaxoSmithKline 01/2013.
2. Ficha técnica Engerix-B® 20 microgramos/1 ml. GlaxoSmithKline 05/2012.
3. Ficha técnica Twinrix®, GlaxoSmithKline 01/2014.

Pueden notificarse las sospechas de reacciones adversas a la Unidad de Farmacovigilancia de GlaxoSmithKline, tel. 918070301, fax 918075940, e-mail unidad.farmacovigilancia@gsk.com



www.centrodeinformacion-gsk.com
902 202 700
es-ci@gsk.com



[ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE
DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS
Y ECONOMISTAS SL]

La contabilidad: un GPS para la empresa

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

Cada vez que me encuentro con mi amigo Álvaro me suele bombardear a preguntas sobre curiosidades de la asesoría de empresas. Me interpela desde posibles intervenciones del Banco de España hasta qué saldo medio en caja debe tener una PYME. Me halaga la extraordinaria sapiencia que me imputa, pero casi siempre termino sugiriendo que busque en la prensa especializada. Esa de color salmón.

Hace pocos días me abordó con dos cuestiones; ¿qué fecha preveía yo para el final de la crisis? —él sigue en su línea— y ¿por qué esa cascada de empresas en quiebra? A la primera cuestión enmudecí perplejo, pues si lo supiera no se lo diría, sino que patentaría la forma de obtener la respuesta y la vendería. Respecto a la quiebra de empresas, en mi opinión, hay claras razones del entorno: crisis del sector financiero mundial, pinchazo de la burbuja inmobiliaria, carencias de productividad, avaricia, inutilidad gubernamental, etc.

Pero, ¿cuáles son las causas internas?, ¿qué defectos evitables y más corrientes han causado quiebras insalvables en el seno de una PYME? La casuística es extensísima, pero merece la pena destacar algunas prácticas que suponen la crónica de una insolvencia anunciada.

La primera y más común es la de contemplar la contabilidad como unos papeles que llevan las gestorías. ¿Quién llevaría la contabilidad si no fuera obligatorio? Muy pocos. El desprecio a esta valiosísima herramienta ha sido, y es, más corriente de lo habitual. Por un lado ha ido el empresario —con sus números en la cabeza y concentrado en los ingresos— y por otro lado andaba el contable de la gestoría a la que se le ha exprimido el precio. Para una gran mayoría de PYMES, la contabilidad sólo sirve para sacar esos datos que hay que presentar en Hacienda.

El empresario debe tener clara una idea si quiere evitar un grave problema de insolvencia: una correcta contabilidad es toda una enciclopedia del negocio, es un GPS que orienta la empresa e indica el rumbo, un espejo que muestra la cara real de nuestra actividad comercial. Debe ser frecuentemente analizada, y por ello el técnico no debe ceñirse a recoger en el programa contable las facturas que el cliente le trae, sino que ha de analizar, estudiar, adelantarse y transmitir los correspondientes avisos, mejoras y correcciones.

El patrimonio personal del empresario está en juego. Y si no, que se lo pregunten a aquellos a los que las pér-

didias contables han dejado el patrimonio social a menos de la mitad del capital y ahora el administrador debe responder de las deudas sociales con sus bienes personales presentes y futuros por no haber hecho esos deberes legales que desconocía.

Esa desidia en la llevanza y análisis de la contabilidad nos lleva, además, a una consecuencia fatal que se observa con frecuencia: el desconocimiento del empresario de cuáles son sus costes reales, los fijos, los variables, su margen real, cuál es su auténtico beneficio —cuya inexistencia se camufla a veces con entradas de dinero procedentes de financiación externa— o el valor de su negocio. Otras veces es peor: el pleno convencimiento de que el beneficio es uno muy superior al real. Realidad ésta de la que se entera tristemente en sede concursal o en la ejecución voraz del banco; y muchas veces es ahí cuando deja de confundir conceptos tan básicos como ingreso y beneficio, inmovilizado y existencias, gasto e inversión, o fondos propios y tesorería.

En las empresas sanitarias suele ocurrir, además, que el mundo jurídico y mercantil se ve como un lugar extraño donde reside una burocracia tan tediosa como innecesaria para la vida corriente. Un mundo que marcha en paralelo al sanitario y con el que nunca se toca.

Es extremadamente raro que una clínica tenga interés o analice con su especialista la marcha de su negocio, sus márgenes, su optimización fiscal, qué fórmula mercantil es la que mejor se adecua a sus necesidades. Se utiliza mucho un “corta y pega” endogámico de lo que ha hecho otra clínica.

Y es por ello que una práctica corriente y errónea es usar a los abogados cuando aparecen pleitos, cuando en realidad debe ser mucho antes el momento de la llamada a éstos —además es más barato—. Existe una ausencia de interés por estudiar los procesos de la empresa en los que interviene un elemento jurídico —contratos, encargos, consentimiento informado, entregas, ofertas, pedidos, cobros, finiquitos, etc.—, de manera que se cree un sistema preventivo frente a agresiones o contingencias externas.

Los profesionales que nos dedicamos a la empresa, y con atención especial a la dental, lo tenemos claro: hay que enseñar a analizar, a prevenir, a formar y a razonar como empresarios a los dentistas. Su patrimonio lo merece. Y para ello, la contabilidad juega un papel tan necesario como elemental ●

Servicios para
Odontólogos Freelance
(Facturas-Retenciones-Renta)

PROINDA
DENTAL

20 años
de experiencia
nos avalan

Encuentra la solución entre
nuestros servicios

- :: Asesoramiento Fiscal
- :: Asesoramiento Contable
- :: Asesoramiento y Gestión Laboral
- :: Servicios Administrativos
- :: Servicios Jurídicos
- :: Otros Servicios

◆ Paquetes de tarifas personalizados
que se adaptan a lo que necesitas

Básico ★★★	Estándar ★★★★	Premium ★★★★★
---------------	------------------	------------------

Asesoría especializada
en odontólogos,
clínicas dentales
y actividades afines



Visita nuestra página web
y llámanos

www.proindadental.es

Celebración de Santa Apolonia en Madrid

Con motivo de la Festividad de Santa Apolonia en el Colegio de Odontólogos de Madrid, COEM, se celebró la entrega de premios que este año fueron otorgados a:

ENTREGA DEL PREMIO FOMENTO DE LA SALUD BUCODENTAL

Radio Nacional de España: Programa "No es un día cualquiera".

ENTREGA DEL PREMIO COLEGIADO DEL AÑO

Dr. D. David González Alarcón. Miembro activo de la Comisión de Compromiso Social del COEM.

ENTREGA DE PLACA AL MÉRITO COLEGIAL A:

Sociedad Española de Prótesis Estomatológica (SEPES). Recoge su presidente.

ONG ZERCA Y LEJOS. Recoge su vicepresidente D. Borja Sobrón Caminero).
Dr. D. Enrique Vivas Rojo.

ENTREGA DE INSIGNIA DE ORO COLEGIAL A:

Excm. Sra. Dña. Esperanza Aguirre Gil de Biedma.
Dra. Dña. Beatriz Lahoz Fernández. Ex presidenta del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra.

ENTREGA DE PLACA AL MÉRITO CIENTÍFICO A:

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Recoge Dña. Elsa Amatriaín Méndez, Miembro del Consejo y Presidenta del Comité de Relaciones externas.
Servicio de Estomatología y Odontología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ENTREGA DE LA MEDALLA DE ORO AL MÉRITO COLEGIAL A:

Dra. Dña. Pilar Citoler Carilla.

TER PREMIO CIENCIA Y HUMANIDADES COEM

Dña. Irene Villa González. El COEM quiere distinguir con este galardón a aquellas personas que hayan destacado en el campo de las ciencias y/o humanidades y cuya trayectoria sea fiel reflejo de los valores del Colegio.

Dr. Alejandro Mira, conferenciante del Acto Colegial. "Nuevas estrategias contra las enfermedades orales: de las bacterias anticaries a la medicina personalizada" •



ARRIBA LA DOCTORA UCHA Y DOCTORA LAHOZ



¿Por qué los dentistas de todo el mundo inyectan Septanest® más de 150 millones de veces* al año? Porque, durante décadas, Septodont ha sido el líder mundial en control del dolor y dispone de la confianza de los dentistas en todo el mundo.

Con los mayores volúmenes, su fabricación libre de látex, la esterilización terminal y la aprobación de las autoridades sanitarias de todo el mundo, Septanest proporciona más opciones y más tranquilidad, para usted y sus pacientes.

SEPTANEST. CONFÍA EN TU ANESTÉSICO.



VISÍTANOS EN EXPODENTAL STAND 9A02

*Septanest® es comercializada en otros países bajo el nombre Septocaine®



Entrega de premios en el COEM



II CURSO MODULAR TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE APNEA DEL SUEÑO Y RONCOPATÍA

Cada vez acuden más pacientes a nuestras consultas solicitando tratamiento para la apnea del sueño y los ronquidos

La incidencia de apnea a partir de los 40 años es de un 4% en mujeres y de un 6% en varones, llegando hasta el 25% a los 65 años.



OBJETIVOS DEL CURSO

- Conocer la etiología y fisiopatología del **Síndrome de Apnea / hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y del ronquido.**
- Conocer los diferentes procedimientos diagnósticos del SAHOS.
- Profundizar sobre los diferentes **tratamientos del SAHOS**, especialmente el tratamiento con Férula de Avance Mandibular.
- Taller práctico, realización de **férulas de avance mandibular** por cursillista.
- Taller práctico sobre la codificación de sueño y eventos respiratorios en la **polisomnografía.**
- Taller práctico sobre **exploración del paciente roncador / SAHOS**, incluyendo fibroscopia naso-faríngea.

Curso de dos módulos, viernes y sábado



Dr. Javier Vila

Especialista en Otorrinolaringología
Licenciado en Odontología
Hospital Universitario Vall d'Hebron



Dr. Alejandro Ferré

Neurofisiología Clínica
Especialista en trastornos del sueño
Hospital Universitario Vall d'Hebron



Dr. Josep M. Clemente

Médico-odontólogo
Práctica privada

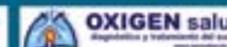
DATOS DE CELEBRACIÓN

COEC Travessera de Gràcia 93-95, Barcelona
25-26 de Abril y 9-10 de Mayo 2014
1.300 €

INFORMACIÓN Y RESERVAS

Tel. 93 417 24 98
De Lunes a Viernes de 9.30 a 14.30
cursoapnea@cldental.es
www.cursoapnea.es

PLAZAS LIMITADAS- INCLUYE MATERIAL Y COMIDAS DE TRABAJO



CURSO ACREDITADO
4 CRÉDITOS

También en su Smartphone y Tablet

OnLine actualizadas **GUÍAS**  **PUNTEX**



PUNTEX informa  **sanidad**
Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO

Portal Salud

Buscador único, temático y por guías

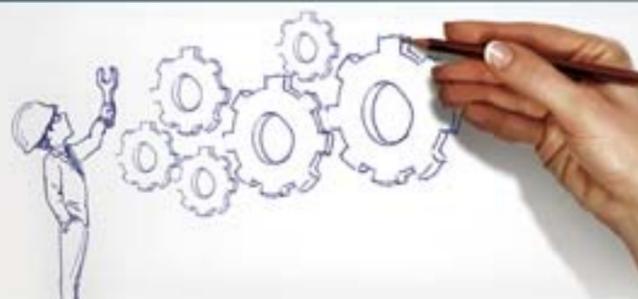
Contenido +135.000
Visitantes +20.000

TODO HOSPITAL OnLine



BBDD +200.000 Direcciones

Proyectos a medida
Nacionales y Extranjeros



ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN
2014-2015
¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁSTERES UNIVERSITARIOS

- Máster Universitario en Investigación en Odontología y Ciencias de la Salud
- Máster Universitario en Odontología Restauradora Estética

MÁSTERES PROPIOS

- Máster Internacional en Cirugía Oral
- Máster en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial
- Máster en Odontopediatría Integral
- Máster en Periodoncia
- Máster en Endodoncia

MÁSTERES ONLINE

- Máster en Estética Dental Online
- Máster en Endodoncia Online
- Máster en Odontopediatría Integral Online

RESIDENCIAS CLÍNICAS

- Residencia Clínica en Prótesis Bucal
- Residencia Clínica en Periodoncia
- Residencia Clínica en Implantología Oral
- Residencia Clínica en Técnicas Quirúrgicas Aplicadas a la Cavidad Oral
- Residencia Clínica en Dolor y Disfunción Craneomandibular
- Residencia Clínica en Medicina y Patología Oral
- Residencia Clínica en Odontopediatría Integral
- Residencia Clínica en Gerodontología y Pacientes Especiales

DIPLOMAS DE POSTGRADO

- Diploma de Postgrado en Cirugía Ortognática y Ortodoncia Quirúrgica
- Diploma de Postgrado en Salud Pública Oral y Atención Primaria

MÁS DEL 80% DE
PRÁCTICA CLÍNICA
SOBRE PACIENTES

uic Universitat
Internacional
de Catalunya

INFORMACIÓN Y ADMISIONES

Sra. Patricia Pujol
infodonto@uic.es
www.uic.es
tel: 93. 504. 20. 00
c/ Josep Trueta s/n
08195 San Cugat del Vallès
Barcelona, España



nuevo

1 COMPLETO

DENTÍFRICO PARA COMBATIR LA SENSIBILIDAD

Sensodyne® comprende que los pacientes con hipersensibilidad dental tienen necesidades diferentes

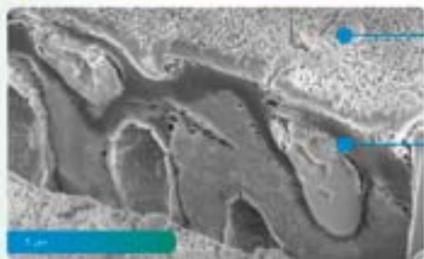
Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin®, proporciona un cuidado total con ventajas especialmente diseñadas para satisfacer las diferentes necesidades y preferencias de los pacientes. Con un cepillado dos veces al día, Sensodyne Acción Completa:

- Clínicamente probado para el alivio de la hipersensibilidad dental^{1,2}
- Contiene flúor para fortalecer el esmalte
- Ayuda a mantener una buena salud gingival^{4,5}

Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin® – un enfoque avanzado para el alivio de la hipersensibilidad dental

- NovaMin®, una tecnología que proporciona fosfato y calcio, pone en marcha una cascada de eventos en contacto con la saliva^{7,12} que provoca la formación de una capa reparadora similar a la hidroxiapatita sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9,13}
- Los estudios *in vitro* mostraron que la capa similar a la hidroxiapatita empieza a formarse desde el primer uso^{7,9} y es hasta un 50% más dura que la dentina.^{9,14}
- La capa similar a la hidroxiapatita se une firmemente al colágeno en el interior de la dentina expuesta^{10,15} y se ha demostrado en estudios *in vitro* que es resistente a las agresiones orales químicas y físicas diarias,^{16,17} como la abrasión provocada por el cepillo de dientes¹⁶ y comidas y bebidas ácidas.^{14,17}

Los estudios *in vitro* demostraron que la capa similar a la hidroxiapatita se forma sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9,10,12,13}



Capa similar a la hidroxiapatita sobre la dentina expuesta
Capa similar a la hidroxiapatita en el interior de los túbulos de la superficie

Adaptado de East et al. 2011 (4).¹² Imagen MEB de corte transversal *in vitro* de la capa similar a la hidroxiapatita formada por la solución supersaturada NovaMin® en saliva artificial al cabo de 5 días (sin cepillado).¹²



Sensodyne® Acción Completa ayuda a mantener una buena salud gingival^{4,5}

Una buena técnica de cepillado se puede mejorar con el uso de un dentífrico especialmente diseñado para ayudar a mantener una buena salud gingival.^{18,19}

En estudio clínico, los dentífricos que contienen NovaMin® han mostrado hasta una mejora del 16,4% en el control de la placa, así como una reducción significativa en el índice de sangrado gingival, en comparación con los dentífricos de control.^{4,5}

Reducción significativa del índice de sangrado gingival (ISG) en 6 semanas con un dentífrico que contiene NovaMin®



Adaptado de Tai et al. 2006.⁷ Estudio clínico controlado, aleatorizado y de doble enmascaramiento de 95 voluntarios a los que se les proporcionó dentífrico con NovaMin® o control de placebo (dentífrico no activo sin NovaMin®) durante 6 semanas. Todos los sujetos se sometieron a pulido y profilaxis supragingival, además de ser informados sobre la técnica de cepillado. *Escala de ISG de 0 a 3.



Cuidado total para pacientes con hipersensibilidad dental¹¹⁻¹⁴

Referencias:
1. Du MQ et al. Am J Dent 2008; 21(6): 210-214. 2. Pradeep AR et al. J Periodontol 2010; 81(8): 1167-1173. 3. Salari S et al. J Clin Dent 2010; 21(6): 62-67. Preparado en noviembre de 2011. 4. Tai BJ et al. J Clin Periodontol 2006; 33: 86-91. 5. Devi MA et al. Int J Clin Dent Sci 2011; 2: 46-49. 6. Datos de archivo de GSK (estudio 23890664). 7. La Torre G, Orensanz DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 8. Edgar WM. Br Dent J 1992; 172(9): 305-312. 9. Burwell A et al. J Clin Dent 2010; 21(4)* esp.: 66-71. 10. Ellvardt SE et al. J Mater Sci Mater Med 2002; 26(5): 167-168. 11. de Aza DN et al. J Mat Sci Mat in Med 1996; 399-402. 12. Ansoo D et al. A J Biomed Mater Res 2002; 65: 344-351. 13. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp.: 40-47. 14. Parkinson C et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp.: 74-81. 15. West NK et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp.: 82-89. 16. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp.: 66-73. 17. Wang Z et al. J Dent 2010; 38: 400-410. 18. "Dentifrice". Encyclopedia of Chemical Technology 4th ed. vol 7, p. 1025-1030. de Morton Powder Consumer Products Development Resources Inc. 19. Van der Weijden GA and Hise KPC. J Clin Periodontol 2006; 33 (Sup. 1-6): 214-226. Fecha de Preparación: Mayo 2013. GCSAE-CHSENO/0031/12

CHESPCHSENO/0012a/13



Cursos acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.



Síguenos en Facebook: cursos odontología

Dictantes:



Dr. Mariano Sanz Alonso



Dr. José A. Rábago Vega



Dr. Bertil Friberg (Suecia)

Solicite nuestro Programa general y CD interactivo.

Título Experto en Cirugía y Prótesis sobre Implantes

20ª PROMOCIÓN Nueva fecha de inicio 3 de Abril

MÓDULOS	FECHAS
1- Diagnóstico y plan de tratamiento en implantología.	03-04-05 Abril 2014
2- Cirugía sobre implantes.	15-16-17 Mayo 2014
3- Prótesis sobre implantes.	19-20-21 Junio 2014
4- Cadáveres y casos complejos.	03-04-05 Julio 2014
5- Curso clínico-práctico con pacientes (opcional).	A convenir



"El hombre nunca sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta"

Colaboradores:



INFORMACIÓN Y RESERVAS
C/ Juan Montalvo, 8 - 28040 Madrid / Telf.: 91 553 08 80
www.ceodont.com - cursos@ceodont.com



Celebración de Santa Apolonia en Barcelona

El sábado 8 de febrero se celebró la fiesta anual de nuestra patrona. Este año se cumplía el 24 aniversario de la firma de los estatutos de la Cofradía renovada. Fue un acto concurrencioso donde coincidieron las vertientes docente, académica y profesional. Tuvimos la presencia de la profesora Silvia Sánchez, decana de la Facultad de Odontología de la Universitat de Barcelona, de la profesora Montserrat Artés, de la Universitat Internacional de Catalunya, y los presidentes, saliente y entrante, del Colegio Oficial, doctores José Luis Navarro y Antonio Gómez. También

estuvieron presentes la mayoría de compañeros que habitualmente nos acompañan en este día y numerosos invitados.

La misa fue concelebrada al amparo de las hermanas Dominicas, que año tras año acogen a los dentistas en el Monasterio de Montesión, de la ciudad de Esplugues de Llobregat. El acto se cerró con la imposición de medallas y becas.

Se dieron medallas al equipo de investigadores de la Universidad de Antofagasta de Chile, a los doctorandos Daniel Casanova, Rodolfo Sánchez y Laura Giovanoni, al Sr. Serge,

secretario de la embajada de Camerún, lugar de la misión de nuestro consiliario y, a continuación, a las profesoras Maria Peraire, vicedecana y Silvia Sánchez, decana, de la Facultad de Odontología.

Se otorgaron dos becas. La primera fue para el profesor Paolo Menghini, natural de la espléndida ciudad italiana de Pavia. Otra beca fue para el Dr. Antoni Borrell Ribas, dentista pionero de la implantología.

La Jornada finalizó con una comida de hermandad en el Hotel España de Barcelona •



Precisión Óptica Personalizada



Posición optimizada del telescopio a través de la lente para un mayor campo visual

Telescopios Dentales

El ÚNICO sistema de aumento para odontología, que proporciona:

Características Técnicas

Aumento Real / Óptica de Precisión / Profundidad de Campo

Ergonomía

Este diseño exclusivo de óptica, ofrece la distancia de trabajo que requiere de forma personalizada cada Doctor, proporcionando una ergonomía como ninguna otra en el mercado.

Estilo

Monturas deportivas Nike / Diseño de monturas muy ligeras.



Sistemas Telescópicos Kepler (campo ampliado)



Sistemas Telescópicos Galileo



Gafas de Aumento personalizada. Adaptada a su postura, distancias e incluso su graduación en las lentes soporte y dentro del telescopio si lo necesita.

Incorpore luz LED a sus Gafas de Aumento para mejorar la profundidad de campo, el contraste y la visibilidad global.



Distribuidor de productos **DESIGNS FOR VISION**
Exclusivo para España



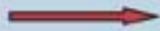
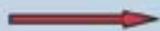
Fabricante y distribuidor de mobiliario profesional para el sector dental.

OFERTON EXPODENTAL!!!!

KAPPA



Oferta Lanzamiento:

- Mesa **Kappa** 1 puesto  1.150 €
- Mesa **Kappa** 2 puestos  1.600 €
- Mesa **Kappa** 1 puesto full equipo  2.010 €
- Mesa **Kappa** 2 puestos full equipo  2.650 €

* Full equipo: Aspiración, lámpara y astillera aspiración.

Producido por:



Polígono Malpica, calle L 178, 50016. Zaragoza (España)

T. +34 976 577 121

F. +34 976 588 736

proclilab@proclilab.es

www.proclilab.es

Oferta válida desde el 13/03/2014 al 30/04/2014. No acumulable con otras ofertas.

Celebración de Santa Apolonia en Sevilla

El Colegio de Dentistas de Sevilla celebró el pasado 15 de febrero la festividad de su patrona, Santa Apolonia, evento que reunió a un total de 566 personas. La sede del Colegio acogió la celebración de una serie de actos en los que participaron el presidente de la institución colegial, Luis Cáceres, la secretaria del Colegio, Lucila Rodríguez-Armijo, el decano de la Facultad de Odontología, Pedro Bullón, y la vicepresidenta del Colegio, María Luisa Tarilonte.

Tras la celebración de la tradicional misa se llevó a cabo la recepción y entrega de diplomas a los nuevos colegiados durante 2013, un total de 103, a los que el presidente dedicó unas palabras.

Homenaje a colegiados honoríficos

También se celebró un acto de homenaje a dos colegiados Honoríficos de Mérito por su importante trayectoria en la profesión: Rafael Campos Reina y Aníbal González Serrano, de los que el presidente valoró su entrega y dedicación a tantos años de profesión en la ciudad.

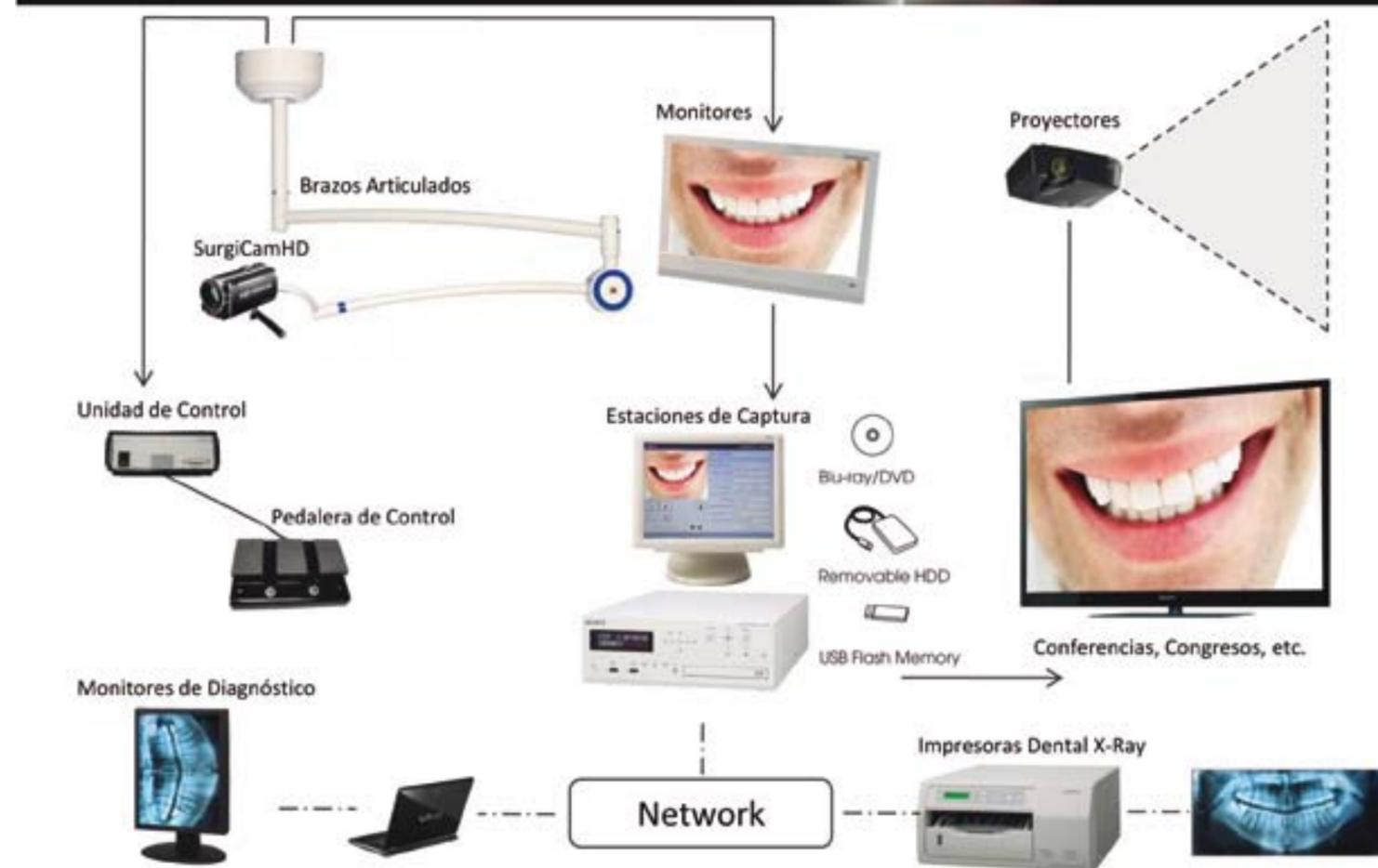
Como años anteriores, la festividad de Santa Apolonia también supuso la celebración de otras actividades paralelas, como el XIII Torneo de Golf (Melvin Erickson, ganador y segundo, Leopoldo Mateos), la sexta edición del Torneo de Tiro al Plato o el XI Torneo de Pádel (Andrés Teherán Notario y Juan Montoro Durán-Lóriga, pareja ganadora) •



ARRIBA RAFAEL CAMPOS, LUIS CÁCERES Y ANÍBAL GONZÁLEZ



UN MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN



- Cámara SurgiCamHD
- Cámaras para microscopio quirúrgico
- Brazos articulados: de techo, de suelo, de pared, con lámpara
- Monitores, pantallas, proyectores
- Grabadoras digitales HD en red y DICOM
- Impresoras B/N, Color, Radiográficas

Celebración de Santa Apolonia en el Colegio de Bizkaia

El pasado día 7 de febrero se celebró en la sede del Colegio de Dentistas de Bizkaia la Asamblea General Ordinaria en la que se hizo un repaso de lo acontecido el pasado año, así como se expusieron las líneas fundamentales de actuación para el presente año. El Dr. Landa, Presidente del Colegio, aprovechó la ocasión para despedirse de la colegiación, ya que este año cumple su período presidencial y cesa en el puesto ●



ENTREGA AL DR UNAMÚNZAGA DE LAS DISTINCIONES CORRESPONDIENTES A SUS 35 AÑOS DE COLEGIACIÓN.



COLEGIADOS QUE HAN CUMPLIDO LAS BODAS DE PLATA DE LA COLEGIACIÓN.

naturactis

Activo por naturaleza

EXPODENTAL
VISTA NUESTRO STAND 7005 PABELLÓN 7

**MICROESPIRA
SINCRONIZADA**
Mejor
mantenimiento
del hueso
cortical

**CONICIDAD
INVERSA**
Menos
presión en
el hueso
cortical

DISEÑO CÓNICO
Mayor
estabilidad
primaria

**STRIPE
TECHNOLOGY**
Aumento de la
superficie de
contacto

ÁPICE MÁS ACTIVO
Diseño
autorroscante

[Una nueva solución Euroteknika]

euro  **teknika**
iberia

euroteknika@euroteknika.es
T. 900 504 219 - F. 900 504 172
www.euroteknika.es

Háblanos,
te escuchamos.



Celebración de Santa Apolonia en las diferentes provincias del Colegio de la octava región

Las diferentes provincias que componen el Colegio de Dentistas de la VIII Región (Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora) han celebrado los actos en honor de su Patrona, Santa Apolonia.

En los actos de hermandad se han entregado los diplomas de colegiados numerarios a los nuevos profesionales que se han incorporado al Colegio en el último año, así como distinciones a los Colegiados que cumplían 25 y 50 años de ejercicio profesional.

La asistencia y participación en los actos de numerosos colegiados, con gran participación de los más jóvenes, propició un cordial ambiente de fraternidad profesional •



CELEBRACIÓN EN EL COLEGIO DE BURGOS EN AMBAS FOTOGRAFÍAS SUPERIORES



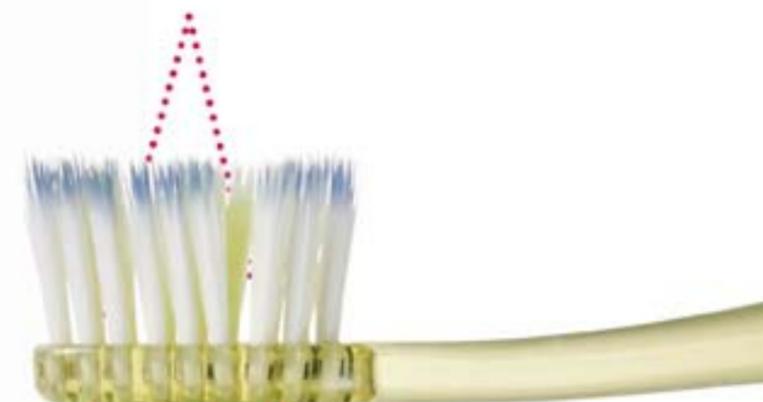
CELEBRACIÓN EN EL COLEGIO DE VALLADOLID A LA IZQUIERDA

¿Encías rojas, hinchadas o sangrantes?

nuevo G·U·M® Technique® PRO

Limpieza suave y profunda para unas encías más sanas

Las encías rojas, hinchadas o sangrantes son causadas por los residuos de placa que no han sido eliminados correctamente. Ahora puede confiar en **G·U·M® Technique® PRO** para una mayor eficacia en la eliminación de la placa.



0.01

Filamentos con una punta de 0,01mm para eliminar la placa en áreas que no alcanzan los cepillos convencionales:

por debajo y a lo largo del surco y entre los dientes.

45°

El mango Quad-Trip® le ayudará a cepillarse con el ángulo óptimo de 45°.

APROVECHE LA OFERTA EXPODENTAL EN CEPILLOS Y KITS.

Para más información, contacte con nosotros: recepcion@es.sunstar.com o 934 705 880. Oferta válida hasta el 18 de marzo 2014.

SUNSTAR
G·U·M
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®



MÁS IMÁGENES DE LA CELEBRACIÓN EN EL COLEGIO DE VALLADOLID



LISTERINE®

Para una **buena higiene** bucodental, la Sociedad Española de Periodoncia recomienda el **uso diario** de productos avalados científicamente con sello SEPA



- ✓ Siempre de la mano del profesional
- ✓ Avalado científicamente
- ✓ Único colutorio avalado con el sello SEPA*

www.listerine.es

* Los productos de Listerine avalados científicamente con el sello SEPA para indicación antiplaca y antigingivitis son: Listerine Menta Fresca - Listerine Plus - Listerine Mentoal - Listerine Original - Listerine Advanced Dientes Blancos - Listerine Cuidado Total - Listerine Cuidado Total Sensitivo - Listerine Dientes y Encías - Listerine Cuidado Total Reparador Esmalte.

estoy
en el
dentista

Si, está en su consulta y se siente bien, calmado, sin estrés, completamente tranquilo. Porque ahora, **Parker Porter e Intra-Lock Iberia** ponen a su alcance la tecnología líder en **Sedación Consciente por Inhalación de Óxido Nitroso y Oxígeno**.

El **Sistema Matrix** logra la máxima relajación, **elimina la ansiedad de su paciente y, a su vez, le proporciona el tiempo preciso para realizar cualquier intervención**. Sin instalación previa, móvil, cómodo y de fácil manejo. Todo, con la **fiabilidad y seguridad** que solo **Parker Porter** puede ofrecerle. Tecnología e innovación para las personas. Porque hay clínicas que sí se preocupan por el control del dolor y la **ansiedad de los pacientes**. Bienvenido a su nueva Clínica.

INTRA-LOCK
IBERIA

Matrix by **Parker**

(+34 917 216 730 | dib@dib.es | www.dib.es)

2 0 1 4 CONSULTING GROUP

ESPECIALISTAS EN EL SECTOR DENTAL

TENEMOS
MUCHO
TRABAJO
PARA TI
CERCA DE
TU CASA

IMPULSAMOS
TU FUTURO
PROFESIONAL

¡ENVÍANOS TU CV PARA EMPEZAR A TRABAJAR!

932 287 808 RRHH@2014CONSULTINGGROUP.COM

TODO LO QUE NECESITA PARA SU CONGRESO O EVENTO
ORGANIZACIÓN INTEGRAL
DE CONGRESOS & EVENTOS
FORMACIÓN POSTGRADO



EDUCATIO
 DENTAL 
 CONGRESS

WWW.EDUCATIODENTALCONGRESS.COM
SOLICITE INFORMACIÓN
INFO@EDUCATIODENTALCONGRESS.COM

91 856 99 75
 667 73 84 59

GALIDAD, EFICACIA & EXCELENCIA: ESA ES NUESTRA GARANTÍA
 ORGANIZACIÓN INTEGRAL DE CONGRESOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS, TODAS LAS ESPECIALIDADES; IMPLANTOLOGÍA,
 PRÓTESIS, ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, ETC.
 TODOS LOS SERVICIOS: CATERING, HOSPEDAJE, AZAFATAS, ÁREA DE PRENSA, AUTOBUSES, PROGRAMA DE OCIO, VIDEO,
 FOTO, REDES SOCIALES, TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA, COMUNICACIÓN INTEGRAL EN MASS MEDIA, EMISIÓN NEWSLETTER,
 CARTELERÍA, ACTOS, REUNIONES, ENTREGAS DE PREMIOS, PONENCIAS, CONFERENCIAS, DISCURSOS, LECTURA DE TESIS,
 EVENTOS. 25 AÑOS NOS AVALAN.



NOVEDADES
DENTSPLY
 DETREY

Para una mejor
 Odontología

 **SmartLite**[®]
 FOCUS

 **ceram·x**[™]
 nano ceramic restorative

SDR[®]
 Smart Dentin Replacement

xeno[®] *Select*

AH Temp[™]/**AH Plus**
 Apósito Temporal Del Canal Radicular

Estamos en
 el pabellón 9
 Stand E 03

Para una Odontología mejor
DENTSPLY
 DETREY

360°

MARKETING & COMUNICACIÓN

ORGANIZADOR DE SESPO 2013

SESPO

XIX CONGRESO NACIONAL
I INTERNACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA ORAL

“First class”

Profesor Brian Swann
(Harvard School of Dental Medicine)

“El mejor Congreso de
Salud Pública Oral en
40 años”

Prof. Beltrán (Universidad Cayetano Heredia)

“Ha sido el mejor
congreso SESPO
de la historia”

Dr. Rueda, Presidente Sespo

Plaza Nueva, 8 B - 2º / 41001 Sevilla - Tel. 955 198 959
www.360gradosmc.com



Barcelona, 4-5 de abril
SEPEs
PRIMAVERA
2014



PROF. PAULO FERNANDO MESQUITA



PROF. DR. JULIO CÉSAR JOLY



PROF. DR. VÍCTOR CLAVIJO

*Consideraciones
quirúrgicas
y protésicas
para obtener
excelencia estética
con implantes*

Coordinadores:



Dra. Sandra
Fernández Villar



Dr. Gaspar Serra
i Robert

PROGRAMA

- ✓ Conceptos biológicos y el impacto clínico de las exodoncias.
- ✓ La importancia del biotipo tisular y las indicaciones para conversión.
- ✓ Manejo del alveolo íntegro o con defectos extensos.
- ✓ Materiales y procedimientos reconstructivos para regeneración ósea.
- ✓ Nueva clasificación y tratamientos de implantes mal posicionados o con defectos estéticos.

*¡Inscríbete con tarifa
reducida antes
del 21 de marzo!*

Empresas colaboradoras:



Síguenos en:

www.sepes.org
91 576 53 40

SEDE: AUDITORIO AXA (AV. DIAGONAL, 547)



sepavalladolid2014

PERIODONCIA MULTI- DISCIPLINAR.

Encuétranos en
el Pabellón 7, B07
de Expodental y
Recoge tu Regalo
(hasta límite de existencias)

Un nombre. Un diseño. Un objetivo.
Estética incomparable.

discovery
pearl
fascinantemente natural.



discovery
smart

Pequeño y brillante.



Los brackets discovery® tienen una larga tradición de éxito. El bracket de cerámica altamente estético discovery® pearl y el pequeño y brillante bracket de metal discovery® smart son el complemento perfecto para la línea de brackets, cada uno por sí sólo con características perfectamente coordinadas. En combinación, los dos brackets marcan el camino hacia un tratamiento eficiente y estético, que permite todo tipo de terapia.



sepavalladolid2014
22/24 MAYO
www.sepa.es

48ª SEPA
REUNIÓN ANUAL
4ª SEPA
HIGIENE BUCODENTAL

Centro de Congresos Miguel Delibes (CCMD) - Avda. Monasterio Nuestra Señora de Prado, 2 - 47015 Valladolid



Únete
a SEPA

913 142 715
sepa@sepa.es
www.sepa.es
f @

Patrocinadores SEPA PLATINO

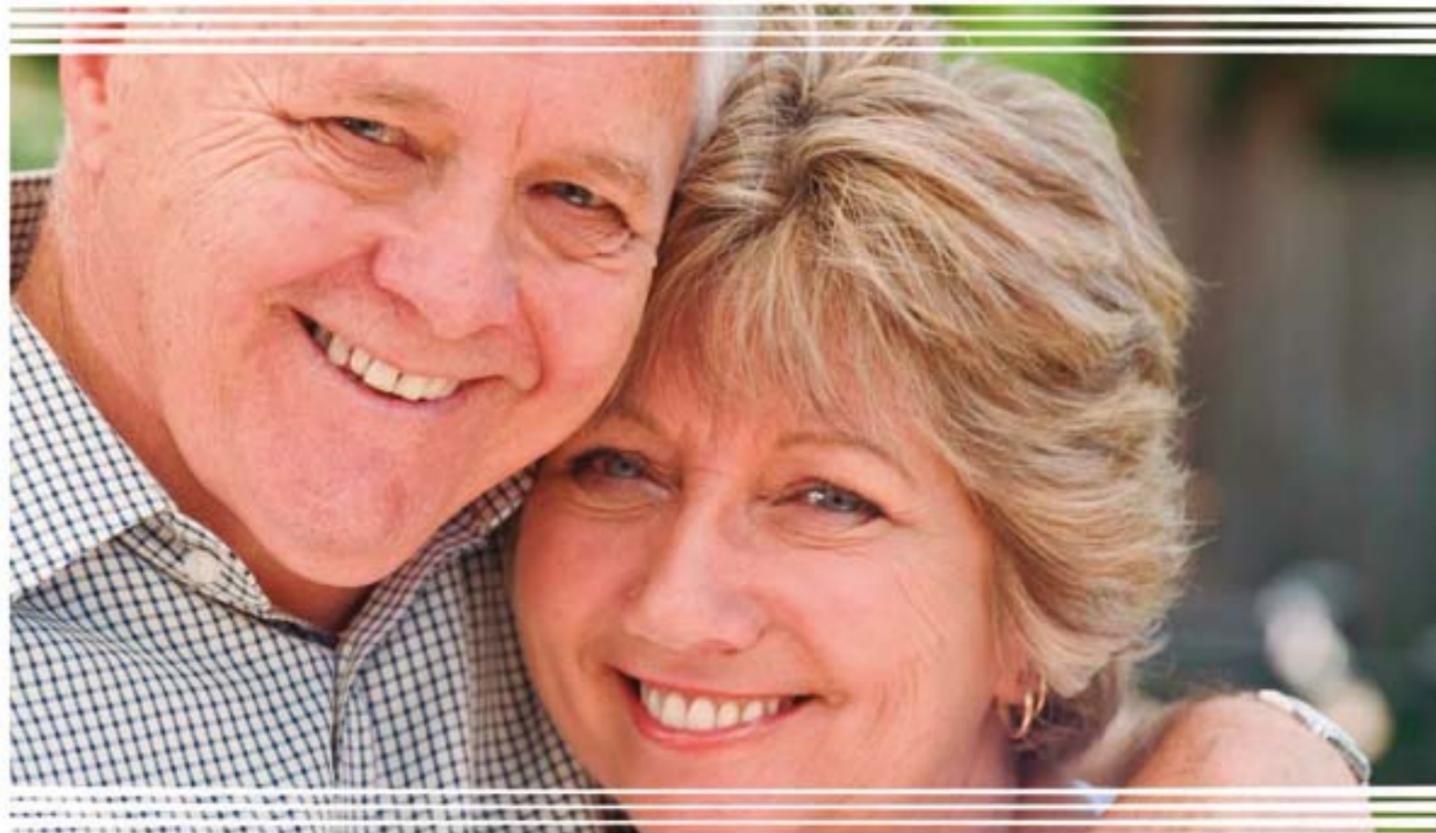


Patrocinadores SEPA PLATINO



D
DENTAURUM
ESPAÑA

Dentaurum España S.A. | Saturnino Calleja, 6 (2ºB) | 28002 Madrid | Teléfono +34 91 416 5161 | Fax +34 91 415 4916
www.dentaurum.de | info@dentaurum.es



Odontología geriátrica: Ellos hoy, nosotros mañana

 [facebook.com/Segeer2014](https://www.facebook.com/Segeer2014)

www.seger2014.com



Sin problemas de adaptación
desde el primer día
Incluso en caso de implantes



Nadie sabe mejor que usted que para cualquier persona que use dentadura postiza, lo más importante es tener una buena adaptación desde el primer día. Tanto física como psicológicamente, que se encuentren cómodos y seguros con ella les hará valorar esta nueva etapa de su vida de una forma muy positiva. Por eso, las almohadillas ALGASIV son una gran ayuda desde el primer momento.

Mejor adaptación, mayor fijación

Gracias a sus dos potentes adhesivos naturales, a su máxima superficie de contacto con la dentadura, tanto inferior como superior, y a la suavidad de su tejido, se adaptan por completo a la dentadura fijándola mejor y por más tiempo a la encía y al paladar, proporcionando así una total sensación de comodidad y seguridad. Además, al ser fáciles de recortar, son también la solución en procesos de implantes de una o varias piezas, ya que evitan los roces e incomodidades que se suelen producir en estos casos.

El comienzo de una nueva vida

Las almohadillas ALGASIV impiden la intrusión de residuos de comida, así como las irritaciones y molestias en las encías. Formulado con compuestos naturales, a base de algas marinas, no tienen olor ni sabor. Además es completamente higiénico, evita la ingrata tarea de la limpieza diaria y no deja residuos. Por todo ello, con ALGASIV las personas con una nueva dentadura se adaptan mejor y más rápido a su nueva vida.

Para consulta o contacto escribir a combe1@combe.com



ALGASIV
Fija la dentadura,
protege las encías.

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

**SECIB
2014
SALAMANCA**

20,21 y 22 - Noviembre 2014

Sede: Palacio de Congresos y
Exposiciones de Castilla y León



OsteoBiol®
by Tecoss

OsteoBiol mp3



1 | FIGUEROA ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH; 2010
2 | NANNMARK SÉNÉBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008
3 | BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010
4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011
5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008

Granulado mix prehidratado

- Prehidratado y listo para su uso
- Reduce el tiempo operatorio y el riesgo de contaminación
- Los gránulos redondeados evitan daños a la membrana sinusal
- Gran similitud con el hueso humano ⁽¹⁾
- Composición dual: mineral + colágeno ⁽²⁾
- Origen natural porcino
- Se reabsorbe gradualmente ⁽³⁾
- Sustituido por abundante hueso neoformado
- Ideal para elevación de seno ⁽³⁻⁴⁾ y preservación de la cresta ⁽⁵⁾

OsteoBiol lámina

LÁMINA CORTICAL RECTA

LÁMINA CORTICAL CURVA



1 | BINNA ET AL.; JOURNAL OF CRANIOFACIAL SURGERY; 2009
2 | FESTA ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2012
3 | WACHTEL ET AL.; IMPLANTOLOGIE; 2012
4 | FAGUANI ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010

100% hueso cortical heterólogo

- Lámina cortical de hueso porcino de consistencia semirrígida ⁽¹⁾
- Flexible y adaptable después de la hidratación
- Indicado para la estabilización de grandes injertos ⁽²⁾
- Mantiene el volumen ideal para el aumento horizontal ⁽³⁾
- Superficie porosa, fácil vascularización
- Composición dual: mineral + colágeno
- Sustitución lenta por hueso neo-formado ⁽²⁾
- Los márgenes son suaves para no causar microtraumas

EXPO DENTAL 13-15 Marzo 2014 STAND OSTEÓGENOS 7D15



CIRUGÍA BUCAL. PATOLOGÍA Y TÉCNICA

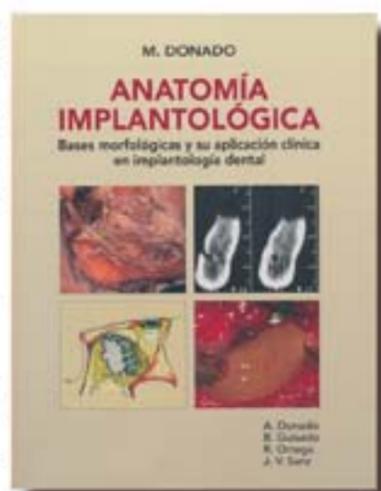
Dr. M. Donado & Dr. J.M. Martínez

- Introducción · Exploración · Anestesia · Principios de la técnica quirúrgica
- Exodoncia · Retenciones dentarias · Implantes y traumatismos dentarios
- Infecciones bucales y maxilofaciales · Cirugía y prótesis. Implantes dentales
- Lesiones quísticas y tumorales bucomaxilofaciales

ANATOMÍA IMPLANTOLÓGICA: Bases morfológicas y su aplicación clínica en implantología dental

Dr. M. Donado & Cols.

- Bases morfofuncionales en implantología
- Valoración morfológica en implantología
- Estudio morfológico regional: Aplicaciones clínicas en implantología.



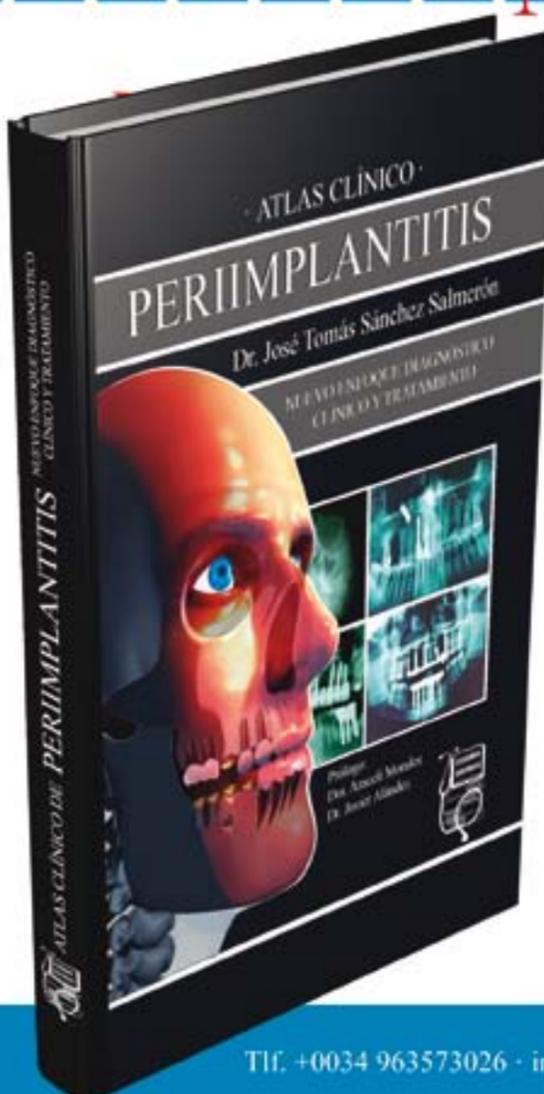
Prof. Manuel Donado

NOVEDADES ATLAS CLÍNICO DE PERIIMPLANTITIS

*Nuevo enfoque diagnóstico clínico y
tratamiento*

Dr. J.T. Sánchez Salmerón

- Generalidades
- Clínica. Clasificación
- Radiología
- Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial
- Tratamiento de la periimplantitis: Generalidades
- Materiales y técnica de tratamiento
- Tratamiento de la periimplantitis Grado 0
- Tratamiento de la periimplantitis Grado 1, 1a
- Tratamiento de la periimplantitis Grado 2, 2a
- Tratamiento de la periimplantitis Grado 3
- Tratamiento de la periimplantitis Grado -1
- Tratamiento de la periimplantitis Grado -2
- Tipos de pérdida ósea provocadas por la periimplantitis
- Situaciones que pueden evolucionar a periimplantitis
- Opciones de tratamiento no implantarias
- Conclusiones
- Guía rápida de tratamiento y vademecum
- Bibliografía



Librería Servicio Médico

Tlf. +0034 963573026 · info@libreriaserviciomedico.com · www.libreriaserviciomedico.com

NSK
CREATE IT

visítenos en
Stand
7D18
Pabellón
7
Exposdental

NEW Ti·Max Z
Air turbine Series



POTENCIA 26W, FIABLE & DURADERA

La Turbina Evoluciona para Ser Más Potente

*Solo 2900L

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soto-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

Caso clínico: Etiología y tratamiento del mal olor bucal: revisión sistemática

MARCHENA RODRÍGUEZ, LETICIA. MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA
OSORIO ROBLES, MARÍA. ODONTÓLOGA. CENTRO DE SALUD DE POZOBLANCO (CÓRDOBA)
FERNÁNDEZ ORTEGA, CARLOS M°. MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

La halitosis es el término que describe todo olor desagradable, procedente del aire espirado. Su origen puede ser oral o no, aunque mayoritariamente su origen es oral; siendo la enfermedad periodontal y la acumulación de placa en el dorso de la lengua, las zonas de mayor acumulación de bacterias. En cuanto al tratamiento, son muchos los productos químicos bucales pero, su rigor científico no está demostrado. Actualmente los enjuagues antibacterianos a base de clorhexidina, enjuagues de zinc, peróxido de hidrógeno, triclosán y compuestos fenólicos (aceites esenciales), son los antibacterianos más eficaces.

INTRODUCCIÓN

La halitosis es un olor desagradable que emana de la cavidad oral, es un trastorno que puede afectar a individuos de uno u otro sexo y de todas las edades.

La halitosis puede manifestarse transitoriamente como una característica para fisiológica correlacionada con algunos momentos o situaciones de la vida diaria o bien ser persistente y/o patológica y estar provocada por afecciones bucales o sistémicas. (1)

Desde tiempos antiguos, se ha hecho referencia a esta condición con diversos nombres como fetor excre, mal aliento, mal olor. Sin embargo, no ha recibido la importancia que merecía hasta años recientes, cuando se ha comenzado a estudiar en proporción a su importancia clínica y social.

Tras una encuesta en 1995, la Asociación Dental Americana (ADA) advirtió que entre el 40 y el 50% de los odontólogos asistían en EEUU a una

media de 7 pacientes semanales que referían sufrir de halitosis. (2,3,4) Este hecho demuestra que no sólo se trata de una condición referente a la salud, sino que también posee ciertas repercusiones sociales debido a la importancia de la imagen personal y de las relaciones interpersonales. (5)

A pesar de la gran importancia que esta cuestión ha adquirido en la actualidad, no existe un conocimiento adecuado por parte de la mayoría de los profesionales a la hora de abordar el problema, lo que podría deberse a que no existen criterios universales estandarizados, que permitan definir al paciente afectado por esta condición. Sin embargo, la cantidad de información referente a la halitosis va en aumento gracias al gran número de investigaciones que se han emprendido, en busca de respuesta. Autores como Nachnami (6) subraya la importancia en los programas de estudio de las facultades de Medicina y Odontología.

ESTUDIO Y PREVALENCIA

Aunque hasta la fecha no se dispone de datos acerca de la prevalencia real de la halitosis, debido principalmente a la dificultad que entraña su evaluación objetiva. Varios estudios han intentado evaluar dicha prevalencia en grupos representativos de la población general. (1,7)

Un estudio realizado en Japón por Miyazaki y colaboradores, han puesto de relieve que el 25% de la población examinada presentaba un olor desagradable del aliento; (8) en EEUU, el 24% de los sujetos de más de 60 años de edad declara haber sido objeto de observaciones desagradables acerca de su aliento. (2,9) En Canadá el 1% de la población adulta se preocupa por los efectos que el mal aliento puede causar en la relación con otras personas. (9,10)





Llegó el momento de la comunicación

Deja en nuestras manos tus planes de marketing, comunicación y presencia en redes sociales






Tu agencia de diseño y publicidad

www.oklok.es / +34 91 366 55 24
C/ Benito Gutiérrez, 33 Bajo B - 28008 Madrid

¡Síguenos!



En un cuestionario realizado a 4.800 individuos escogidos como representativos de la población francesa, el 22% han respondido que padecen halitosis. Se trata, con todo, de una prevalencia posiblemente sobrestimada, pues una prevalencia entre el 50 y el 60% de la población estudiada. (11)

Tal como se indica la halitosis puede clasificarse en:

- Halitosis verdadera, que puede dividirse en halitosis fisiológica y halitosis patológica, cuando el observador percibe un olor desagradable.

- Seudohalitosis, cuando el mal olor es acusado por el paciente pero no es percibido por la gente que le rodea.

- Halitofobia, cuando, una vez eliminadas las causas y solucionado el problema, el paciente persiste en considerarse aquejado de halitosis.

En cuanto al origen de la halitosis, ésta puede ser de origen oral y de origen extraoral.

HALITOSIS DE ORIGEN ORAL

Las causas más frecuentes de halitosis pueden reconducirse a trastornos y eventos fisiológicos, para fisiológicos o patológicos de origen oral, el 80% ó el 90% de la halitosis se origina en la boca, como demuestran los siguientes autores. (1,2,12,13,14,15,16)

Experimentos in vitro han demostrado que muchas bacterias orales presentes en la saliva, en la placa y en la fisura del dorso de la lengua pueden producir gases, que contribuyen a la compleja mezcla de moléculas olorosas detectadas en el aire espirado. (15,16,17)

Los microorganismos que se encuentran en la cavidad bucal degradan los péptidos que contienen azufre y los aminoácidos contenidos en la saliva, en el fluido crevicular, en el suero, en los restos de comida, en las células epiteliales exfoliadas y en las células corpusculares de la sangre produciendo:(18)

- Compuestos volátiles de sulfuro, particularmente sulfuro de hidrógeno, metilmercaptano y sulfuro de dimetilo. (19,20)

- Compuestos diamínicos, poliamínicos e indólicos como el escatol, la metilamina, la putrecina y la cadaverina.

Estos gases que se volatilizan en el medio ambiente oral, son recogidos y transportados fuera de la boca duran-

te los actos espiratorios y la fonación dando lugar al mal olor.

El sulfuro de hidrógeno y el metilmercaptano constituyen aproximadamente el 90% de los compuestos volátiles de sulfuro detectables en el aire espirado, y son los responsables principales de la producción del mal olor. (12,21)

El sulfuro de hidrógeno lo produce principalmente el tercio posterior de la lengua, mientras que el metilmercaptano y el sulfuro de dimetilo lo generan principalmente los tejidos periodontales. (22)

Independientemente del origen de la halitosis, las bacterias representan un importante papel en la producción del mal olor, siendo las más implicadas, las bacterias gram negativas como es, el caso de Fusobacterium, Veillonella, T. Denticola, P.gingivalis, Bacteroides, Centipeda, Selenomonas, Klebsiella pneumoniae y Peptostreptococcus, mientras que la contribución de bacterias gram positivas es menor.

génesis de la halitosis según algunos autores, resultan equivocadas, (25) pues no es la enfermedad periodontal, la causa más importante del mal olor sino el dorso de la lengua. Aunque varios estudios han detectado niveles más elevados de compuestos volátiles de sulfuro (CVS) en pacientes con enfermedad periodontal y, en algunos casos, han correlacionado tales niveles con la presencia de más de 3 ó 4 mm, (18,26) no se ha tomado en consideración la presencia de cubrimiento lingual, que como queda dicho, en los sujetos con periodontopatías; resulta 6 veces más consistente que en los sujetos sin ella.

No cabe duda, sin embargo, de que las condiciones que propician la producción del mal olor pueden incrementarse en pacientes con enfermedad periodontal, sujetos en los que aumenta, de hecho, la población microbiana gram positivas y se da una mayor presencia de sustratos proteicos, procedentes del sangrado gingival y del fluido crevicular. (27)

MICROORGANISMOS MÁS ACTIVOS EN LA PRODUCCIÓN DE CVS IN VITRO	
H ₂ S A PARTIR DE CISTEÍNA	CH ₃ SH A PARTIR DE METIONINA
<ul style="list-style-type: none"> - Peptostreptococcus anaerobius - Micron prevotii - Eubacterium limosum - Bacteroides spp - Centipeda periodontii - Selenomonas artemidis 	<ul style="list-style-type: none"> - Fusobacterium nucleatum - Fusobacterium periodonticum - Eubacterium - Bacteroides spp
H ₂ S A PARTIR DE SUERO	CH ₃ SH A PARTIR DE SUERO
<ul style="list-style-type: none"> - Prevotella intermedia - Prevotella loescheii - Porphyromonas gingivalis - Treponema denticola 	<ul style="list-style-type: none"> - Treponema denticola - Porphyromonas gingivalis

Entre los posibles nichos bacterianos capaces de alojar las bacterias involucradas encontramos las criptas amigdalinas o los senos paranasales, en caso de sinusitis. Pero el principal depósito bacteriano corresponde a la parte posterior del dorso de la lengua. (23) También está relacionada con el mal olor, la enfermedad periodontal y la gingivitis. (24)

No obstante, las pruebas actuales acerca del papel periodontal en la

TRATAMIENTO

Establecer un correcto diagnóstico y determinar si las causas son de origen oral o no, ha de ser el principal objetivo. Yaegaki y otros (23,28) clasifican los pacientes en categorías, proponiendo la siguiente clasificación, según las necesidades de tratamiento: (tabla 2. Página siguiente)

Dando la categoría NT-1, halitosis de origen fisiológico, donde el tratamiento más idóneo es una correcta

Tomas de impresión

EXCELENTE

REPRODUCCIÓN DE LOS DETALLES

LABORATORIOS



Duplicate 22

Silicona de duplicación

Putty Lab 80

Silicona de condensación

CLÍNICAS

Bite registration

Silicona de adición para el registro de mordida

Body Ligth Quick

Silicona de adición para impresión

Putty Soft

Silicona polimerizable por adición

Monofase

Silicona de adición para impresión Monofase



CRONOLAB ESPAÑA, S.L.
Av. de Ajalvir, s/n 28806 ALCALA DE HENARES (Madrid)
Tel: 00 34 918893465

info@cronolabspain.com
www.cronolabspain.com

higiene oral, clave también en el tratamiento de todas las halitosis. (29)

Entre estas técnicas de higiene debemos reforzar un correcto cepillado y el uso de seda dental. Lo principal, no obstante, será la limpieza lingual, puesto que la halitosis suele tener su origen en ella. Es lógico pensar que el mantenerla limpia, disminuirá el número de CVS. En la limpieza podemos hacer uso de raspadores linguales o el mismo cepillo de dientes, realizando los movimientos desde la zona posterior hacia la más anterior.

Otro elemento de gran importancia, son los enjuagues antimicrobianos. Entre los antisépticos disponibles en el mercado para combatir el mal olor se incluyen:

PERÓXIDO DE HIDRÓGENO

El uso de H₂O₂ en el control de la halitosis fue presentado en un estudio sobre 20 pacientes con enfermedad periodontal. Tras enjuagues con peróxido de hidrógeno al 0,75% se observó una disminución de hasta el 90% de los niveles de CVS, que se mantenían hasta un periodo de 120 minutos. Pero no debemos olvidar que su uso se asocia a patología que no es motivo de esta revisión.

Enjuagues con Zinc

Disponible en forma de citrato, acetato y cloruro. Este tipo de enjuagues son efectivos para combatir el mal olor, el ion de Zinc actúa como inhibidor del olor al prevenir la reducción del grupo disulfúrico de etilo y al reaccionar con los grupos tilos presentes en los compuestos volátiles sulfurados. (5, 30)

ENJUAGUES DE CLORHEXIDINA

Existen múltiples autores que coinciden en los efectos positivos que tiene el uso de la clorhexidina en la disminución de la halitosis. Su eficacia en el tratamiento del mal olor no ha sido estudiada extensivamente, tal vez porque su uso no debe ser extendido por un periodo prolongado de tiempo, debido a sus múltiples efectos secundarios.(31)

Rosenberg comprobó que el uso de la clorhexidina al 0,2% producía una reducción hasta el 43% en el número total de CVS y disminuiría hasta un 50% los valores de las pruebas organolépticas. (32)

NECESIDADES DE TRATAMIENTO SEGÚN YAEGAKI	
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
NT-1	- Explicación sobre la halitosis e instrucciones de higiene.
NT-2	- Profilaxis oral, limpieza profesional, tratamiento de enfermedades orales especialmente enfermedad periodontal.
NT-3	- Referir al especialista.
NT-4	- Explicar los resultados del examen, instrucciones profesionales y educación.
NT-5	- Referir al psicólogo, psiquiatra u otro especialista psicológico.

En un estudio realizado por Roldán (33) que usó clorhexidina al 0,05% más cloruro de cetylpyridium al 0,5% y lactato de Zinc al 0,14%, demostrándose la reducción del número de bacterias en 3 nichos orales, y por lo tanto, su efectividad en el tratamiento de la halitosis.

TRICLOSAN

Es una molécula no iónica de amplio espectro al ser una sustancia disolvente de lípidos es efectivo contra muchos tipos de bacterias.

La mayoría de los estudios evalúan su uso asociado a pasta dentífrica; sin embargo existen otros en los que se valora su efectividad en colutorios. (34,35)

COMPUESTOS FENÓLICOS "ACEITES ESENCIALES"

El mecanismo de acción de los compuestos fenólicos es por disrupción e inhibición de las enzimas bacterianas, actuando sobre la pared celular de las bacterias.

Uno de los productos más antiguos es el listerine, en un estudio reciente de Kozlousky (36) demostró que un colutorio a base de aceites esenciales reducía la cantidad de bacterias generadoras de mal olor y las puntuaciones organolépticas durante periodo de 2 horas. Actualmente existe una nueva presentación de aceites esenciales transportados en una película de pululan, listerine activos; se colocan el dorso de la lengua y se disuelven al contacto con la saliva, observándose actividad antimicrobiana local.

OTRAS OPCIONES

Existen otros agentes antimicrobianos como el dióxido de cloro, el peróxido de carbamida o la sanguinaria. También existen remedios naturales a base de algas, como la espirulina, pero, en general, su uso no es frecuente. Dichos productos tienen hasta la fecha poca evidencia científica.(37)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una revisión bibliográfica en Pubmed, Scopus y Cochrane, insertando palabras clave como "halitosis, clorhexidina, mal olor oral, mal aliento, aceites esenciales" en los últimos 15 años.

DISCUSIÓN

El control de la halitosis debe comenzar por un correcto diagnóstico, pudiendo así adaptar el tratamiento a cada paciente según las necesidades de cada caso. Es un elemento clave y debe ser el primer enfoque, lograr educar al paciente en la importancia de los controles de higiene oral, ya que de esta manera podemos asegurarnos el éxito. En la literatura encontramos diferentes antimicrobianos que han sido ya evaluados, pero la mayoría de los estudios son a corto plazo. A pesar de haber quedado patente su capacidad en la reducción de los valores de halitosis.

En los últimos 30 años, han proliferado una gran variedad de enjuagues bucales de venta libre para el control del olor bucal, pero muchos de ellos con poco rigor científico, ya



SONRIE Y MANTEN LIBRE DE VECTORES TU CLÍNICA

En tu local, donde el umbral de tolerancia debe ser 0, evita ser objeto de colonizaciones y desarrollo de las plagas, que puedan causar graves daños sanitarios y económicos.

Para ello te ofrecemos nuestros servicios.

- Asesoramiento de Medidas preventivas y/o correctoras.
 - ✓ Colocación de mallas, sellado de orificios, apertura de cámaras, etc.
- Sistemas de Contenedores Higiénicos.
 - ✓ Ubicación, limpieza y sustitución.
- Asesoramiento y colocación de Trampas Ultravioletas (Mata insectos).
- Servicios de Control Directo.
 - Desinfección.
 - Desinsectación.
 - Desratización.
 - Control de aves.
 - Control de plagas de jardín.
 - Control de legionelosis.
 - Tratamientos preventivos/curativos en madera.



Expertos en el Control Integrado de Plagas
 Inscrita en el ROESB con N° 0189-CLM
 ☎ 925795728, 696380555(24h)
 e-mail: serviciosbiocidas@gmail.com

que el único efecto que producían era enmascarar la halitosis.

Entre los enjuagues bucales que han demostrado mayor eficacia, está la clorhexidina que ha demostrado la reducción de la actividad bacteriana en la placa supragingival, así como la carga bacteriana en la lengua; y por lo tanto son vistos como agentes potencialmente eficaces en el control de la halitosis.

La eficacia clínica de la combina-

ción de un enjuague bucal de clorhexidina el 0,05% con cetylpyridinium y lactato de zinc, redujo el número de bacterias productoras de VSC. (38)

Entre las desventajas que se pueden encontrar están las tinciones en los dientes y en la lengua, así como cierta reducción en la sensación del gusto. En un estudio comparativo Nachnani demostró que los enjuagues con zinc, eran superiores en el

control de la halitosis, en comparación con enjuagues de clorhexidina al usarlo 2 veces al día, durante 60 segundos, por un periodo de 6 semanas; en cambio Rosenberg (39) demostró que los resultados de la clorhexidina era más efectiva en la reducción de los valores de CVS ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Abati S. Halitosis. Etiopatogenesi, diagnosi e trattamento. Milano: Ed. Masson; 2001.
2. Loesche WJ. The effect of antimicrobial mouthrinses on oral malodor and their status relative to US Food and Drug Administration regulations. Quintessence Int 1999 May; 30:311-8.
3. ADA council on scientific affair. Oral malodor. J Am Dent Assoc 2003;134(2):209-14.
4. American Dental Association (2003). Products used in the management of oral malodor. American Dental Association, Council on Scientific Affairs: Chicago.
5. Sans M, Roldan S, Herrera D. Fundamentals of breath malodour. J Contemp Dent Pract 2001;15(2): 1-17.
6. Nachnani, S. Oral malodor- A detailed Review. Disponible en: <http://www.Halimeter.com/nachnani.htm>. Acceso en 1 agosto 2004.
7. Scully C, El-Maaytah M, Porter SR. Breath odor: etiopathogenesis, assessment and management. Eur J Oral Sci 1997;105:287-93.
8. Miyazaki H, Sakao S, Katoh Y, Takehara T. Correlation between volatile sulphur compound and certain oral health. Measurement in the general population. J Periodontol 1995;66:679-84.
9. Eli I, Bath R, Koriath H, Rosemberg M. Self-perception of breath odor. J Am Dent Assoc 2001 May;132:621-6.
10. Söder B, Johansson B, Söder PO. The relation between foetor ex ore, oral hygiene and periodontal disease. Swed Dent J 2000;24:73-82.
11. Meningaud JP, Bado F, Favre E, Bertrand JC, Guilbert F. Halitosis in 1999. Revue de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale 1999;100(5):240-4.
12. Rösing CK, Jonski G, Rolla. Comparative analysis of some mouthrinses on the production of volatile sulfur-containing compounds. Acta Odontol Scand 2002;60:10-2.
13. Sterer N, Greenstein R, Rosemberg M. Galactosidase activity in saliva is associated with oral malodor. J Dent Res 2002;81(3):182-5.
14. Lenton P, Majerus G, Bakdash B. Counseling and treating bad breath patients: a step by step approach. J Contemp Dent Pract 2001;2(2):46-61.

15. Frascella J, Gilbert RD, Fernández P, Hendler J. Efficacy of a chlorine dioxide containing mouthrinse in oral malodor. Compend Contin Educ Dent 2000;21(3):241-6.
16. Sáenz M, Roldan S, Herrera D. Fundamentals of breath malodour. J Contemp Dent Pract 2001;4(2):1-17.
17. Seeman R, Kison A, Bizhang M, Zimmer S. Effectiveness of mechanical tongue cleaning on oral levels of volatile sulfur compounds. J Am Dent Assoc 2001;132:1263-7.
18. Morita M, Wang HL. Association between oral malodor and adult periodontitis: a review. J Clin Periodontol 2001;28:813-9.
19. Kleinberg I, Codipilly M. Modeling the oral malodor system and method of analysis. Quintessence Int 1999;30:357-69.
20. Stamou E, Kozlovsky A, Rosenberg M. Association between oral malodour and periodontal disease-related parameters in a population of 71 Israelis. Oral Diseases 2005;11 Suppl 1:72-4.
21. Neiders M, Ramos B. Operation of bad breath clinics. Quintessence Int 1999;30:295-301.
22. Reploge WH, Beebe DK. Halitosis. American Family Physician 1996;53(4):1215-8.
23. Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. J Can Dent Assoc 2000; 66:257-61.
24. Delanghe G, Ghyselen MD, Bollen C et al. An inventory of patients' response to treatment at a multidisciplinary breath odor clinic. Quintessence Int 1999;30:307-10.
25. Kazor CE, Mitchell PM, Lee AM, Stokes LN, Loesche WJ, Dewhirst E, Paster BJ. Diversity of bacterial populations on the tongue dorsa of patients with halitosis and healthy patients. J Clin Microb 2003;41(2):558-63.
26. Yaegaki K, Sanada K. Volatile sulfur compounds in mouth air from clinically healthy subjects and patients with periodontal disease. J Periodontol Res 1992;27:233-8.
27. Carvalho MD, Tabchoury CM, Cury JA, Toledo S, Nogueira-Filho GR. Impact of mouthrinses on morning bad breath in healthy subjects. Journal of Clinical Periodontology 2004;31(2):85-90.
28. Tonzetich J. Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis. J Periodontol 1992;63:783-9.

29. Yaegaki K. Tongue brushing and mouth rinsing as basic treatment measures for halitosis. Int Dent J 2002;52:192-6.
30. Young A, Jonski G, Rölla G, Waler SM. Effects of metal salts on the oral production of volatile sulfur-containing compounds (VSG). J Clin Periodontol 2001;28:776-781.
31. Addy M, Moran JM. Clinical indications for the use of chemical adjuncts to plaque control: chlorhexidine formulations. Periodontol 2000 1997;15:52-54.
32. Van den Broek, Feenstra L, De Baat C. A review of the current literature on management of halitosis. Oral Diseases;2008;14:30-39.
33. Roldán S, Winkel EG, Herrera D, Sanz M, Van Winkelhoff AJ. The effect of a new mouthrinse containing chlorhexidine, cetylpyridinium chloride and zinc lactate on the microflora of oral halitosis patients: a dual centre, double-blind placebo-controlled study. J Clin Periodontol 2003;30:427-34.
34. Young A, Jonski G, Rolla G. A study of Triclosan and its solubilizers as inhibitors of oral malodour. J Clin Periodontol 2002;29:1078-81.
35. Branding MG, Cromwell VJ, Green AK, De-Brabander S, Beasley T. The role of Triclosan in dentifrice formulations, with particular reference to a new 0,3% Triclosan calcium carbonated-based system. Int Dent J 2004;54:291-298.
36. Kozlovsky A, Goldberg S, Natour I, Rogatky Gat A, Gelemter I, Rosenberg M. Efficacy of a 2-phase oil: water mouthrinse in controlling oral malodour, gingivitis and plaque. J Periodontol 1996;67:577-82.
37. Borden LC. Anti-oral malodour efficacies of novel essential-oil containing breath films. J Dent Res 2000;79:405.
38. Winkel EG, Roldán S, Van Winkelhoff AJ, Herrera D, Sanz M. Clinical effects of a new mouthrinse containing chlorhexidine, cetylpyridinium chloride and zinc-lactate on oral halitosis. A dual-center, double-blind placebo-controlled study. Journal of Clinical Periodontology 2003;30(4):300-6.
39. Rosenberg M, Gelernter I, Barki M, Bar-Ness R. Day long reduction of oral malodor by a two-phase oil: water mouthrinse as compared to chlorhexidine and placebo rinses. J Periodontol 1992;63:39-43.

PROCOVEN

ODONTOLOGÍA

LO HEMOS CONSEGUIDO

RAPIDEZ

PRECIO

TECNOLOGÍA

ESTÉTICA

AJUSTE

SEGURIDAD

LA PRÓTESIS PERFECTA
MÁS DE 1100 CLÍNICAS NO SE EQUIVOCAN

QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



FINCLINIK'S
FINANCIACIÓN CLÍNICA



CONÓCENOS

¿QUIERES MAS
PACIENTES?



Financiamos a tu...

902 998 275

AMPLIAMOS CUADRO MÉDICO
si te interesa ponte en contacto con nosotros



TODO ESTO
GRATIS*



ODONTOGRUP
GRUPO GLOBAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

ODONTOGRUP™ es el mayor grupo español de clínicas dentales. Desde sus orígenes en el año 2006, se benefician de la captación de nuevos pacientes para sus consultorios, así como de servicios logísticos y operativos destinados a grandes grupos, adaptados al pequeño consumidor. Lo cual implica obtener precios especiales desde el primer momento de la utilización del servicio.

Distribuidores de materiales, protésicos dentales, centros de fresado CAD-CAM, financieras a pacientes y demás prestaciones forman parte de la oferta de **ODONTOGRUP™** a sus socios. Todo ello sin pagar ningún tipo de cuota.

Con **ODONTOGRUP™** siempre ganas. Infórmate.

SOLICITUD INFORMACIÓN

Nombre Clínica	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

Enviar solicitud por fax o email

Devolvemos juntos la sonrisa a sus pacientes

- Calidad certificada
- Sus trabajos entregados en 5 días laborables
- Un equipo de profesionales a su disposición
- El 100% de sus trabajos fabricados en nuestro laboratorio
- Los mejores precios del mercado



Laboratorio de prótesis dental
Doble certificación ISO 9001 y 13485

☎ 932 504 795
www.sivpdental.es

LÍDER EN ANESTESIA

ULTRACAIN • LIDOCAÍNA NORMON EFG • MEPIVACAÍNA NORMON EFG

