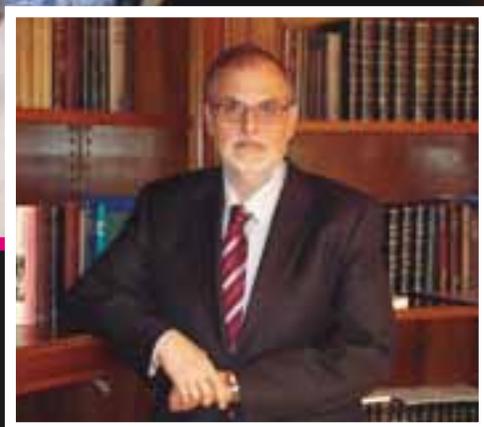




Dr. Per-Ingvar Branemark

“La implantología ha cambiado la odontología”



Jose Manuel Cuadrillero
Gerente del Colegio de la VIII Región



Expodental 2014
Gran afluencia de público profesional

Ofrecemos más

Calidad
Seguridad
Ajuste perfecto
Tranquilidad
Precisión

Ahora para más conexiones

Conexión tipo Brånemark®; Straumann®;
Nobel Replace®; Zimmer®; Astra Tech®...

CR-16.5

MG Bio-CAM Simplemente perfecto

Mozo-Grau S.A. Empresa dada de alta como fabricante de aparatos de prótesis y ortopedia. Epígrafe: 392

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España) · Tel. España: 902 423 523
Tel. fuera de España: +34 983 211 312 · Fax: +34 983 304 021 · info@mozo-grau.com
www.mozo-grau.com



MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES

SUMARIO

12 · ABRIL/MAYO '14

6 Opinión

6 In Memoriam de Iñaki Azkuna

8 V Simposio Internacional

10 Presupuestos Consejo de Dentistas

14 Actualidad

14 NOTICIAS

AMA se presenta en la Asamblea General de Europa Médica · Sentencia a favor del COEM · Clínica solidaria de la Fundación Dental Española en Madrid.

26 REPORTAJE

1º Reunión Conjunta Médico-Quirúrgica Expodental 2014, éxito de asistencia

42 EMPRESAS

44 Entrevista

44 DR. PER-INGVAR BRANEMARK

El "padre" de la Implantología moderna.

48 JOSE MANUEL CUADRILLERO

Gerente del Colegio de la VIII Región.

54 Ciencia y salud

54 Bulimia nerviosa

60 Odontoma compuesto

64 Clásicos de la odontología: Juan Mañes

66 Sesión científica-Exposición Temporal

68 Mejora tu gestión

68 Reforma de la ley de arrendamientos
Pilar de Dios, Abogada.

70 Coaching para la mejora
de resultados en salud

Concepción Ceballos Alonso. Dirección médica complejo asistencial universitario Salamanca.

76 Los registros de morosos. ¿Tenemos
derecho frente al abuso?

Javier Relinque, Abogado.

78 Ocio

78 DESTINOS: Venezuela, Canaima
y el Salto del Ángel. Mario del Olmo Pérez.

84 Agenda cultural

Bilbao, ciudad cultural
El "Griego" de Toledo

86 Formación



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
delegacion.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 Marcin
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 Prostodoncia y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de Investigación de la 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. 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 Marcin. Decano de la Fa-

cultad 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 Río 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. 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.

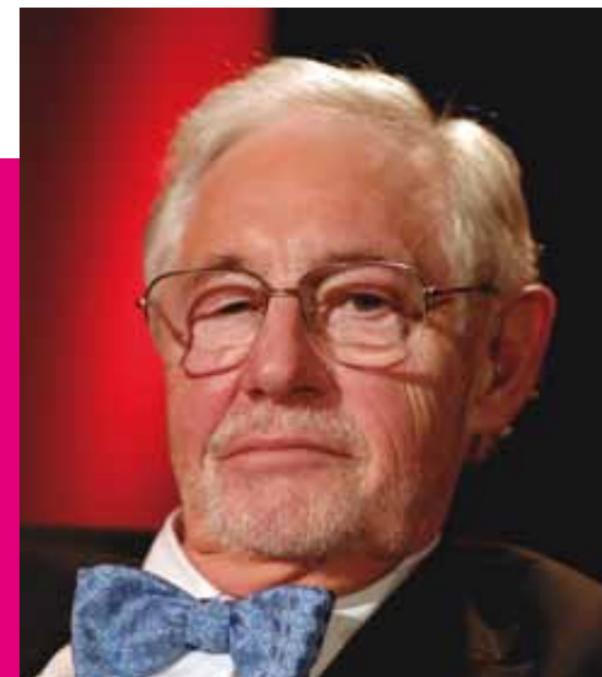
Silvina Beatriz Villalba. Profesora titular. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

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.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-648-2013
ISSN: 2255-582X

[EN PORTADA] 44 · Per-Ingvar Branemark

Entrevista con el cirujano sueco, "padre" de la implantología moderna



18 · Clínica Solidaria de la Fundación Dental Española



28 · Expodental 2014, la gran reunión de la industria



26 · 1ª Reunión Médico-Quirúrgica El pasado 14 de marzo en el Hotel Husa Princesa de Madrid

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



In memoriam de Iñaki Azkuna



“ *Todo marca en esta vida y cuando se alcanza una determinada edad, te das cuenta de que lo más importante de este mundo, son las personas.* ”

IÑAKI AZKUNA

Iñaki Azkuna falleció el pasado 20 de marzo, tras una larga enfermedad contra la que estuvo luchando los diez últimos años de su vida. Hace casi un año, Azkuna concedió a “Odontólogos de Hoy” una entrevista en la que, tras ser nombrado Mejor Alcalde del Mundo, hizo un repaso a su trayectoria como político y como médico. Iñaki Azkuna inició su actividad profesional como médico en el servicio de Radiología del Hospital de Cruces, centro que llegó a dirigir en 1981. Su paso a la política sanitaria tuvo lugar un año después, como director de Hospitales de la Consejería de Sanidad. Tras su etapa en la Viceconsejería, pasó a ser Director del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza y, en 1991, fue nombrado Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco. Pero uno de los grandes logros, y por el que será siempre recordado Iñaki Azkuna en su etapa en el sector sanitario, fue la impulsión del PADI, el Programa de Atención Dental Infantil.

Su paso a la política marcó un antes y un después en la ciudad de Bilbao, donde ha ocupado la Alcaldía durante cuatro mandatos seguidos. Su gestión jamás será olvidada por los ciudadanos de la capital vizcaína que, durante los

últimos 15 años, han asistido como espectadores de excepción a una increíble regeneración urbanística que ha situado a su ciudad como una de las más visitadas por el turismo internacional que visita nuestro país. Y, parte de culpa de ello, la tuvo Iñaki Azkuna, un regidor que lideró todos esos cambios, siempre cerca de sus vecinos, a los que ha dejado “huérfanos” tras su desaparición ya que, como él mismo manifestó, la faceta que más le gustaba de su cargo era “contribuir a mejorar la calidad de vida de la gente”.

Nos sumamos a las condolencias generales y queremos rendirle homenaje por su gran profesionalidad y amabilidad. “Odontólogos de Hoy” solicitó la entrevista con Iñaki Azkuna en un momento en el que su estado de salud empezaba a agravarse y, lejos de declinar nuestra petición, su jefa de prensa, Izaskun Llona, se encargó amablemente de gestionarla. Iñaki Azkuna no dudó en contestarnos en las fechas solicitadas a pesar de que, durante ese período de tiempo, sufrió una hospitalización. Se marchó un gran profesional de la medicina, un gran político y, sobre todo, un gran hombre. Descanse en paz •

NUEVO

Adhese® Universal

El adhesivo universal

Todo en un click...
Más de 190 veces.



Adhesión universal con una aplicación avanzada

- **APLICACIÓN EFICIENTE** – más de 190 aplicaciones por unidad de VivaPen®*
- **USO UNIVERSAL** – para todo tipo de técnicas de adhesión y grabado
- **RESULTADOS PREDECIBLES** – fuerte adhesión a la dentina y el esmalte

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
CF Ribera del Lora nº 46, 5ª Planta | 28042 Madrid | Tel. +34 91 375 78 20 | Fax: +34 91 375 78 38

ivoclar
vivadent
passion vision innovation



V Simposio Internacional "Avances en Cáncer Oral"

BILBAO 10 y 11 DE JULIO DE 2014

**POR JOSÉ MANUEL AGUIRRE
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR**

Estimados colegas,

Desde el año 2006 y de un modo ininterrumpido cada 2 años, el Servicio Clínica Odontológica de la Universidad del País Vasco/EHU viene organizando unos encuentros científicos internacionales sobre el Cáncer Oral, con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Oral y la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal.

Este año 2014 estamos organizando el V Simposio Internacional "Avances en Cáncer Oral", que celebraremos en Bilbao (Paraninfo Bizkaia Aretoa) los días 10 y 11 de julio.

Como conocéis, el cáncer oral sigue siendo una patología prevalente en España y en otros muchos países y, lamentablemente, todavía presenta una elevada mortalidad y una importante morbilidad, a pesar de los avances que se han producido en su diagnóstico y terapéutica. Esta situación paradójica se explica en las particularidades e incógnitas que todavía presenta esta patología oral maligna.

Tratando de mejorar esta situación, asistimos en la actualidad a una avalancha de investigaciones de todo tipo sobre el cáncer oral y los desordenes orales potencialmente malignos, algunas de las cuales tienen o van a tener una relevancia importante tanto en el diagnóstico como en el pronóstico y en la prevención de esta patología.

En este marco es en el que nos planteamos la organización del V Simposio Internacional, que os presentamos, y que tiene como objetivo principal actualizar los conocimientos existentes sobre el cáncer oral. Para ello hemos programado diferentes actividades dentro de las jornadas de los días 10 y 11 de julio.

El día 10 realizaremos unos Talleres teórico-prácticos: uno sobre aspectos diagnósticos para el diagnóstico precoz del cáncer oral (Dra. Cerero y Dr. Esparza), otro sobre características histopatológicas diagnósticas (Dr. Mosqueda), y un tercero sobre manejo oral del paciente oncológico (Dr. Alves y Dr. Silvestre). Para la tarde del jueves 10 hemos programado la ya clásica Sesión Clinicopatológica, en la que se presentarán y discutirán una serie de casos por los Doctores Bagan, Delgado y Paes de Almeida.

El viernes 11 lo dedicaremos a conferencias sobre aspectos novedosos y/o controvertidos de esta patología, que dictarán profesores de prestigio reconocido y líderes en estas parcelas del conocimiento sobre el cáncer oral como: análisis de microRNAs (Dr. Lloglou), datos epidemiológicos y etiopatogénicos (Dr. Warnakulasuriya), aspectos histopatológicos predictivos (Dr. El-Mofty), terapia fotodinámica (Dr. Bing Tan), papel de los virus del papiloma humano (Dra. Syrjänen), retos de la cirugía del cáncer oral (Dr. Kowalsky) y pronóstico de los desordenes orales potencialmente malignos (Dr. van der Waal).

Además de esta programación científica, hemos planificado por primera vez, para la mañana del sábado 12, un acto social (Marcha popular) con el lema "Cuida tu boca – Evita el cáncer", con el objetivo de concienciar a la población general sobre esta enfermedad y la importancia del cuidado de la salud oral para evitarla y/o diagnosticarla precozmente.

En nombre del Comité Organizador queremos invitaros a participar en este evento y a visitar Bilbao y su entorno, que como sabéis ofrece durante el mes de julio muchos atractivos turísticos, culturales y gastronómicos •

V Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral Bilbao 10-11 Julio 2014

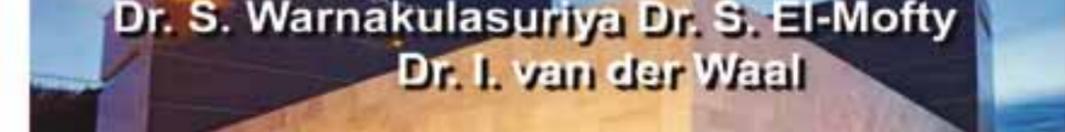
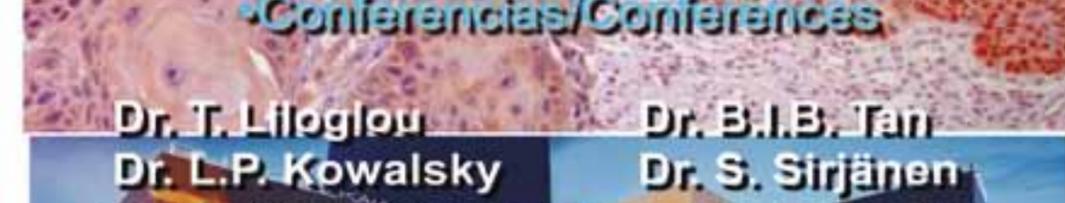
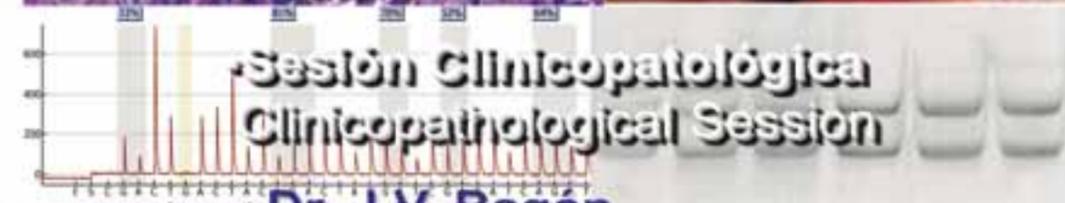
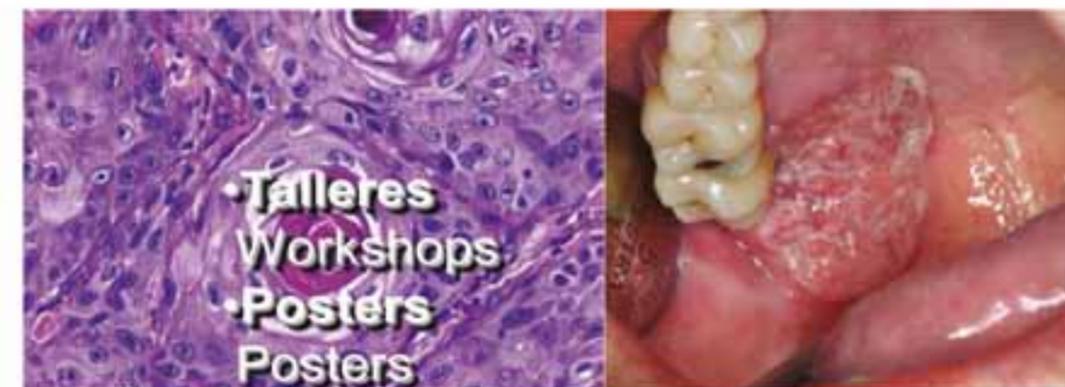
V Simposio Internacional / V International Symposium
AVANCES EN CANCER ORAL
ADVANCES IN ORAL CANCER



NAZIOARTEKO
BIKAINTASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

Bilbao. País Vasco
Basque Country

Departamento de Estomatología II
Servicio Clínica Odontológica. UFI 11/25



10-11 Julio, 2014 // July 10th-11th, 2014

Información/information: voralcancersymp@gmail.com



Las ventajas de tener una plétora a la que recaudar

PRESUPUESTOS DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS



El pasado diciembre se aprobaron los presupuestos del Consejo General de Dentistas, con el menor consenso de su historia y bajo el férreo oscurantismo del voto secreto. Los colegiados no tienen derecho a saber lo que en su presunto nombre votan los presidentes de sus respectivos colegios.

No todos los colegiados, algunos y quizá en número de colegiados la mayoría sí lo saben, a pesar de la censura informativa y la falta de transparencia.

El Colegio de Madrid ha sido claro, contundente y transparente, como ya lo venían haciendo otros como Alicante, Navarra y Cataluña entre otros, y ha mostrado públicamente su oposición a éstos, e incluso ha ido más lejos y los ha impugnado por vía judicial.

Hoy publicamos los presupuestos. Pocas explicaciones hay que dar, las cifras resultan increíbles en tiempos de crisis y provocan la indignación de quienes se han opuesto a este nivel de gasto. Cada uno al leerlas sacará sus propias conclusiones.

El Comité Ejecutivo tiene asignado un gasto de 377.000 € (sin incluir los desplazamientos internacionales).

Esta elevada cantidad, comparada

con los 24.000 € que gasta la Junta del Colegio de Madrid, no es de extrañar que genere la incompreensión del Presidente de este Colegio.

Mientras todas las administraciones y empresas públicas y privadas ajustan sus gastos a los tiempos, el Consejo General de Dentistas sigue en la línea del pasado. Frente a los 20 euros para los gastos de comida que han establecido muchas de las administraciones públicas para sus altos cargos, los representantes colegiales tienen 60 euros para la comida y otros 60 para la cena, mientras que para el hotel disponen de 180 euros la noche. En total 300 euros día para comer y dormir, a los que sumamos los gastos de desplazamiento y la asignación de remuneración diaria. En este caso para el Presidente del Consejo es de 360 euros por día y para el resto 220 euros. Mientras tanto, y seguimos con la comparación, el Presidente del Colegio de Madrid no cobra nunca remuneración por asistir al Colegio, ni los miembros de su Junta, y esto frente a los 140.000€ asignados a los miembros del Comité Ejecutivo del Consejo.

Otro dato más. La Gran Gala de la Odontología tiene un coste de 30.000 €. Una cena para los VIP de la profesión, precedida de la entrega de condecoraciones que a final de cada año se celebra, evento que se mantiene y se repite desde los tiempos en que ser dentista suponía trabajo e ingresos. Mientras, muchos de los que la pagan hoy (como colegiados), no están invitados, y esperan encontrar un subempleo con el que pagar la factura del móvil, ya que, afortunadamente, en casa les siguen dando cama y comida después de cinco años de Universidad. La plétora no es mala para todos •

EN LAS SIGUIENTES PÁGINAS SE DETALLAN LAS TABLAS CON LOS PRESUPUESTOS DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS:



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



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

Patrocinadores SEPA PLATINO



Patrocinadores SEPA ORO



[PRESUPUESTOS DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS]

[PRESUPUESTOS DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS]

60. APROVISIONAMIENTO		PRESUPUESTO
602. COMPRAS DE OTROS APROVISIONAMIENTOS		29.000,00 €
6020001	Material de oficina	15.000,00 €
6020002	Normas UNE	7.000,00 €
6020003	Impresos y publicaciones	1.000,00 €
3020004	Otras compras	6.000,00 €
607. TRABAJOS REALIZADOS POR OTRAS EMPRESAS		22.100,00 €
6070001	Confección de nóminas, IRPF y SS	2.100,00 €
6070002	Limpieza de Oficina	20.000,00 €
62. OTROS GASTOS DE EXPLOTACIÓN		
621. ALQUILERES Y CANONES		6.000,00 €
6210002	Alquiler local archivo externo	6.000,00 €
622. REPARACIONES Y CONSERVACIÓN		25.650,00 €
6220001	A. Acondicionado y electricidad	2.500,00 €
6220003	Fax	550,00 €
6220004	Fotocopiadora	10.000,00 €
6220005	Equipo informática y red	10.000,00 €
6220007	Centralita y Red de telefonía	600,00 €
6220008	Mantenimiento instalaciones	1.000,00 €
622009	Otros elementos	1.000,00 €
623. SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES		152.000,00 €
6230001	Gastos jurídicos contenciosos	5.000,00 €
6230002	Asesoría protección datos	2.000,00 €
623003	Asesorías jurídicas	66.000,00 €
6230005	Dictámenes	10.000,00 €
6230006	Asesoría fisca-contable y Auditoría externa	33.000,00 €
6230007	Traducciones	2.000,00 €
6230010	Otros gastos	3.000,00 €
6230011	Asesoría de Imagen y Comunicación	31.000,00 €
6230015	Servicios profesionales de personal	
625. PRIMAS DE SEGUROS		28.000,00 €
6250001	Seguros de bienes inmovilizado	5.000,00 €
6250002	Seguro de miembros del C. ejecutivo	14.000,00 €
6250003	Seguro de miembros Consejo Interautonómico y Asamblea	8.000,00 €
6250005	Seguro de miembros de Comisiones	1.000,00 €
626. SERVICIOS BANCARIOS Y SIMILARES		1.800,00 €
6260001	Gastos, comisiones bancarias por transferencias	600,00 €
6260002	Comisiones, gastos de mantenimiento y otros	1.200,00 €
627. PUBLICIDAD, PROPAGANDA Y RELACIONES PÚBLICAS		345.000,00 €
6270001	Prensa, publicidad y propaganda	10.000,00 €
6270002	Relaciones Públicas	5.000,00 €
6270003	Campañas de Educación Sanitaria e Imagen Profesional	300.000,00 €
6270004	Lobbies	30.000,00 €

628. SUMINISTROS		48.500,00 €
6280001	Electricidad	6.000,00 €
6280002	Correspondencia y Telegramas	3.500,00 €
6280003	Teléfonos	27.000,00 €
6280006	Mensajeros	12.000,00 €
629. OTROS SERVICIOS		1.488.900,00 €
62900. Gastos de locomoción del Comité ejecutivo		93.000,00 €
6290001	Tren (Comité ejecutivo)	6.000,00 €
6290002	Avión (Comité ejecutivo)	60.000,00 €
6290003	Vehículo propio (Comité ejecutivo)	7.000,00 €
6290004	Alquiler de coches (Comité ejecutivo)	2.000,00 €
6290005	Taxis (Comité ejecutivo)	15.000,00 €
6290007	Otros (Comité ejecutivo)	3.000,00 €
62901. Gastos de locomoción de consejeros (C.I. Y A.G.)		31.000,00 €
62902. Gastos de locomoción (miembros de Comisiones y Jurados)		3.500,00 €
62903. Gastos de locomoción (Consejeros de Consejos y Autonómicos)		8.000,00 €
62910. Gastos de manutención y estancia del Comité ejecutivo		120.000,00 €
6291001	Manutención	45.000,00 €
6291002	Hoteles	75.000,00 €
62911. Gastos de manutención y estancia de Consejeros (C.I. Y A.G.)		37.000,00 €
62912. Gastos de manutención y estancia de Comisiones y Jurados		18.000,00 €
62911. Gastos de manutención y estancia (Consejeros Autonómicos)		3.000,00 €
6292. Cuotas		141.500,00 €
6292001	Cuotas FDI	70.000,00 €
6292002	Cuotas ERO	14.000,00 €
6292003	Cuotas Unión profesional	19.000,00 €
6292004	Cuotas Aenor	400,00 €
6292005	Cuotas Comité Dental de Liaison	37.000,00 €
6292006	Comité Nacional Prevención Tabaquismo	500,00 €
6292007	Asociación para Educación Dental en Europa	600,00 €
6293. Cursos de Formación		17.000,00 €
6293003	Cursos de formación de personal	7.000,00 €
6293007	Otros cursos de formación (org. Colegial)	10.000,00 €
6294. Suscripciones		20.900,00 €
6296001	Diario "El País"	400,00 €
6294002	Diario "ABC"	500,00 €
6294003	Diario "El Mundo"	50,00 €
6294005	VLEX	4.000,00 €
6294007	Otras suscripciones	3.000,00 €
6294008	Sanifax	7.500,00 €
6294009	Acta Sanitaria	5.000,00 €

6295. Congresos y reuniones		90.000,00 €
6295003	Reuniones del Consejo Dental Europeo (antiguo Comité Liaison)	30.000,00 €
6295011	Jornadas Información Odontología	10.000,00 €
6296. Dotación gastos plurianuales		25.000,00 €
6293003	Cursos de formación de personal	25.000,00 €
6299. Otros gastos		881.000,00 €
6299001	Gastos varios	15.000,00 €
6299003	Gastos de comunidad de vecinos	12.000,00 €
6299005	Gastos por Reuniones de Plenos y Asamblea	2.000,00 €
6299007	Gastos de la Gran Gala de la Odontología	30.000,00 €
6299008	Subvenciones y donaciones	40.000,00 €
6299009	Premios y condecoraciones	10.000,00 €
6299010	Publicaciones del Consejo	150.000,00 €
6299012	Encuestas y estudios	67.000,00 €
6299013	Día Salud Bucodental	10.000,00 €
6299015	Mantenimiento dominios, página web y ventanilla única	55.000,00 €
6299016	Intrusismo Profesional	90.000,00 €
6299017	Campaña Cáncer Oral	15.000,00 €
6299018	Patronato de cohesión intercolegial	120.000,00 €
6299019	Campaña salud gingival	15.000,00 €
6299020	Fundación Dental Española	150.000,00 €
6299021	Campaña de recuperación de las Rehabilitaciones Protésicas	30.000,00 €
6299022	Campaña Antitabaquismo	5.000,00 €
6299023	Observatorio seguridad de los pacientes	30.000,00 €
6299024	Campaña de Salud Dental y Embarazadas	30.000,00 €
6299025	Receta Médica	5.000,00 €
63. TRIBUTOS		
630. IMPUESTO SOBRE BENEFICIOS		10.000,00 €
6301001	Impuestos sobre beneficios	10.000,00 €
630. OTROS TRIBUTOS		8.000,00 €
6310001	IBI e impuesto recogida basuras	8.000,00 €
64. GASTOS DE PERSONAL		
640. SUELDOS Y SALARIOS		375.000,00 €
6400001	Nómina del personal y pagas extraordinarias	375.000,00 €
6400003	Remuneraciones eventuales	

642. SEGURIDAD SOCIAL A CARGO DE LA EMPRESA		98.000,00 €
6420001	Seguridad Social a cargo de la empresa	98.000,00 €
644. REMUNERACIONES A DIRECTIVOS		223.000,00 €
6440. Remuneraciones al Comité ejecutivo		140.000,00 €
6440001	Miembros comité ejecutivo	140.000,00 €
6441. Remuneraciones a consejeros de Consejo Interatónomico		23.000,00 €
6441001	Consejos autonómicos	23.000,00 €
6442. Remuneraciones a consejeros de Asamblea General		23.000,00 €
6442001	Consejeros de la Asamblea General	23.000,00 €
6443. Remuneraciones a miembros de comisiones y jurados		25.000,00 €
6443001	Miembros de comisiones y jurados	25.000,00 €
6445. Remuneraciones a consejeros de Consejos Autonómicos		12.000,00 €
6445001	Consejeros de Consejos Autonómicos	12.000,00 €
66. GASTOS FINANCIEROS		
663. INTERESES DE DEUDAS A CORTO PLAZO		5.000,00 €
6632001	Intereses de deudas a corto plazo	5.000,00 €
67. PÉRDIDAS PROCEDENTES DEL INMOV. Y G. EXCEPCIONALES		
678. GASTOS EXTRAORDINARIOS		5.000,00 €
6780001	Gastos Extraordinarios	5.000,00 €
68. AMORTIZACIONES		
682. AMORTIZACIONES INMOVILIZADO		55.000,00 €
AMORTIZACIONES		55.000,00 €
69. DOTACIONES A LA PROVISIÓN OPERACIONES COMERCIALES		
TOTAL GASTOS CONSEJO GENERAL		2.925.950,00 €
TRASPASOS PARA ACCIÓN SOCIAL		1.268.317,60 €
Fondo social Vejez		212.223,44 €
Fondo social Huérfanos		1.056.094,16 €
TOTALES		4.194.267,60 €

[MADRID SERÁ LA SEDE DE LA ASAMBLEA GENERAL DE 2015 LOS DÍAS 12 Y 13 DE MARZO]

A.M.A. formaliza su entrada en la asociación de las ocho grandes mutuas europeas de seguros sanitarios



A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, se presentó oficialmente en la Asamblea General de Europa Médica el pasado mes de marzo.

El presidente de A.M.A., Diego Murillo, abrió el pasado 14 de marzo la Asamblea General de Europa Médica, que se celebró en Estocolmo. Además de A.M.A., forman parte de esta asociación la mutua belga AMMA; las francesas AGMF y SHAM; la holandesa VVAA, la británica MDU, la sueca LOF y la española Mutua Médica.

El Presidente Murillo repasó en su intervención la historia de

A.M.A. y sus planes para adaptarse a la Directiva Solvencia II a partir de 2016, destacando que, en las simulaciones realizadas sobre la nueva Directiva, las coberturas de la Mutua seguirían duplicando las necesidades de capital. Diego Murillo reiteró el compromiso de asegurar en las mejores condiciones a los profesionales sanitarios, como el rasgo que ha definido a A.M.A. desde su creación en 1965.

La presentación oficial de A.M.A. en la Asamblea es el segundo acto de la mutua española en Europa Médica. El pasado enero, Raquel Murillo, Subdirectora general y

Directora del Ramo de Responsabilidad Civil, participó en Lyon en el Grupo de Trabajo sobre responsabilidad profesional, una de las grandes citas anuales de la asociación. Esa previa intervención de Raquel Murillo, fue muy elogiada en esta Asamblea de Estocolmo por Herman Falste, secretario de Europa Médica, y por Michel Germond, director general de la francesa SHAM.

A.M.A. organizará en Madrid la próxima Asamblea General de la asociación, que se acordó celebrar los días 12 y 13 de marzo de 2015, y cuyos contenidos de nuevo volverán a centrarse en la puesta en marcha de la Directiva Solvencia II.

Las mutualidades que forman Europa Médica agrupan conjuntamente en toda Europa a centenares de miles de profesionales del ámbito sanitario, y a más de dos mil centros hospitalarios. Se dedican, especialmente, a dar cobertura aseguradora en cuestiones de responsabilidad civil profesional, entre otras coberturas. Todos los miembros de Europa Médica son asociaciones de gran importancia en sus países de origen, y tienen una gran experiencia en el campo de los servicios profesionales y financieros dirigidos al colectivo médico •



Seguro **Protección Plus**



Nuevo seguro con cobertura por contagio de VIH o Hepatitis B o C

Por primera vez en España y en EXCLUSIVA para sanitarios



Los profesionales sanitarios podrán trabajar más tranquilos,

con el primer seguro de estas características que existe en el territorio español y que les cubrirá en caso de enfrentarse a uno de estos tres supuestos:

- ✓ **Contagio parenteral tras exposición accidental a:**
 - Virus de la Hepatitis B (con criterios de cronicidad)
 - Virus de la Hepatitis C
 - Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

- ✓ **Fallecimiento por accidente**
- ✓ **Invalidez absoluta y permanente por accidente**

A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com **902 30 30 10**



[JUZGADO DE LO MERCANTIL]

Sentencia favorable al COEM que estima engañosa la publicidad de Vitaldent



RAMÓN SOTO-YARRITU, PRESIDENTE DEL COEM

El Juzgado de lo Mercantil nº 12 de Madrid ha dictado sentencia en el proceso que el COEM interpuso contra Vitaldent (Laboratorio Lucas Nicolás), considerando que dicha empresa ha incurrido en un supuesto de publicidad ilícita en su campaña “haz las paces con tu dentista”, al considerar que parte de los anuncios publicitarios incluyen expresiones aptas para generar falsas expectativas en el público destinatario. La sentencia considera que la publicidad de Vitaldent es engañosa, en los términos previstos en la Ley General de Publicidad, incurriendo con ello en un supuesto de competencia desleal.

En respuesta a las peticiones del COEM, la sentencia condena a Vitaldent a la publicación de anuncios que deshagan los efectos de los lemas publicitarios que se habría podido extender entre los consumidores a los que dicha campaña iba

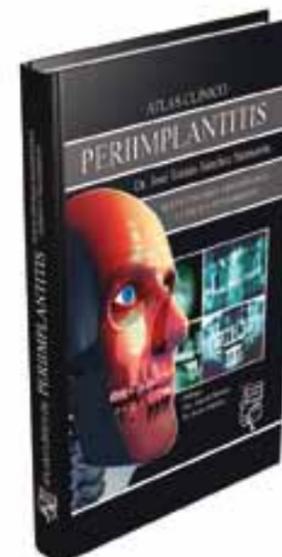
dirigida. Para ello Vitaldent debería publicar dichos anuncios en dos periódicos con una difusión similar a la de aquellos en los que se insertó la campaña inicialmente.

El Presidente del COEM, Ramón Soto-Yarritu ha mostrado su satisfacción por la sentencia aunque “llevarnos más de un año esperándola”. En sus declaraciones matiza que “la odontología española necesitaba una sentencia que fuera favorable, ya que todos nos habíamos sentido ofendidos por esa imagen de guerra entre dentista y paciente, y porque entendemos que se ha querido engañar al ciudadano y a la sociedad, vendiendo productos con prestaciones que no se pueden dar”. Sobre el retraso en la salida de la sentencia, Soto comentó que “el problema se generó con la reclamación previa en autocontrol que, en un principio, tuvo un dictamen favorable, pero el Consejo mandó una circular a to-

dos los presidentes de los colegios instando a que no diéramos ningún paso hasta que autocontrol dictaminara. Eso provocó que las medidas cautelares de cese de la campaña no se pudieran aplicar y, lamentablemente, si se hubieran puesto en marcha en ese momento la repercusión de la publicidad no hubiera sido tan grande” •



Novedad Editorial 2014



ATLAS CLÍNICO DE PERIIMPLANTITIS
NUEVO ENFOQUE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

89€

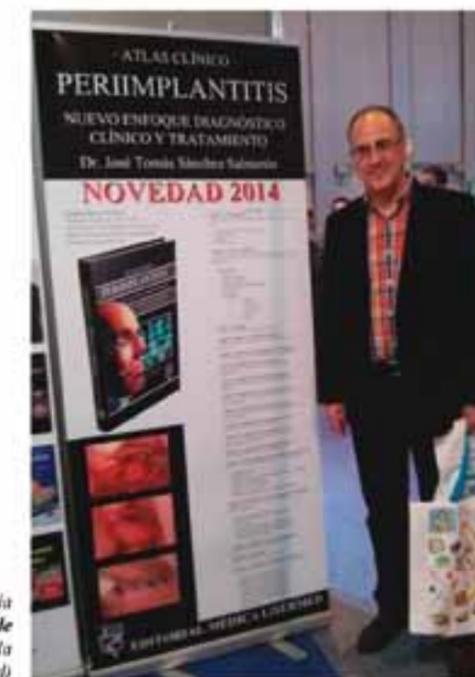
DR. JOSÉ TOMÁS SÁNCHEZ SALMERÓN



El lector encontrará en este libro:

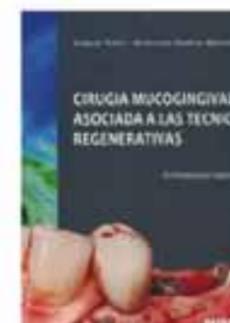
LIBRERÍA SERVICIO MÉDICO
www.libreriaserviciomedico.com // info@libreriaserviciomedico.com
Tlf. 96 357 30 26 - 619 442 508

- Generalidades de la periimplantitis.
- Clasificación de la periimplantitis.
- Cómo ver una periimplantitis en una radiología y diferenciar de otras patologías.
- Cómo diagnosticar una periimplantitis.
- Materiales y técnicas del tratamiento de la periimplantitis.
- ¿Qué se hace cuándo hay inflamación alrededor del implante?.
- ¿Qué se hace cuándo hay supuración alrededor del implante?.
- ¿Qué se hace cuándo se mueve un implante?.
- ¿Qué se hace cuándo se pierde un implante?.
- ¿Qué tipos de pérdidas óseas puede provocar una periimplantitis?.
- Situaciones que pueden evolucionar a periimplantitis.
- Vademecum en el tratamiento de la periimplantitis.

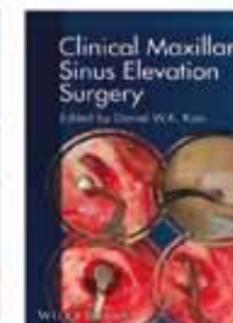


El Dr. José Tomás Sánchez Salmerón, en el stand de Librería Servicio Médico, en la presentación de su libro “Atlas Clínico de Perimplantitis: Nuevo enfoque diagnóstico y clínico”, en la Expodental 2014 (Madrid)

Biblioteca...



Cirugía mucogingival asociada a las técnicas regenerativas (Carlo Tinti)



Clinical Maxillary sinus elevation surgery (D. Kao)



Técnicas de regeneración ósea guiada y reconstrucción en cirugía implantar (Di Stefano)



Periodoncia e Implantología. Soluciones estéticas y recursos clínicos (Sallum)



Reconstrucción estética de tejidos (Joly / Mesquida / Carralho)

[CONSEJO DE DENTISTAS]

Clínica Solidaria de la Fundación Dental Española en Madrid

El Consejo de Dentistas puso en marcha el pasado mes de febrero, a través de la Fundación Dental Española (FDE), una clínica dental solidaria en la calle Rafael Calvo 5, en el céntrico distrito madrileño de Chamberí. Por definición, este tipo de establecimientos se conciben para dar atención sanitaria a pacientes sin recursos económicos. En este caso, además, y según datos del propio Consejo de Dentistas, tiene como objetivo validar las prácticas de quienes trabajen en esta consulta para proporcionar el título propio de especialista que esta institución ha puesto en marcha recientemente. Los equipos que se emplearán en esta clínica proceden de una "cesión" de la empresa Henry Schein a través de su programa de Responsabilidad Social Corporativa.

Sin embargo, este proyecto está generando una importante polémica puesto que su aprobación, cuando ya estaba la clínica totalmente mon-

tada, tuvo lugar en un Consejo Inter-autonómico, y no en una Asamblea General, no ajustándose a la pauta reglamentaria y con la oposición del Colegio de Madrid que es el ámbito territorial donde se ubica.

Por otro lado, según nos informan desde el COEM (Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid) la ubicación de esta clínica ha levantado una gran polémica entre los colegiados de la I Región, que han remitido numerosas cartas y llamadas de queja, ya que se sienten afectados por esta instalación del Consejo, donde se atenderá no sólo a pacientes con escasos recursos, sino que también se realizarán tratamientos de estética dental e implantes, tal y como se anuncia en la propios escaparates del establecimiento.

Igualmente, desde el COEM, también se denuncia que en la clínica solidaria se impartirá formación, cursos que estarán amparados por centros universitarios que no tie-

nen licenciatura ni grado en Odontología, como UDIMA o el Instituto IESO, que pertenece a Unidental.

La gestión de la nueva clínica solidaria

Si nos remitimos a los orígenes de la nueva clínica solidaria, la sociedad creada para su gestión es Dental Studio S.L., en la que aparecen como administradores mancomunados Juan Manuel Aragonese y Felipe Aguado, Director Ejecutivo de la revista "La Ola Dental" y administrador único de Formadent, empresa que ha organizado los últimos Congresos del Consejo General de Dentistas. Las pasadas ediciones de estos eventos han sido duramente criticadas por el Colegio de Madrid, entre otros, por su estrepitoso fracaso de asistentes y cuantiosas pérdidas económicas. Es ciertamente sorprendente que la ubicación de la nueva clínica solidaria y la sede social de ambas sea la misma, es decir,

la calle Rafael Calvo, 5 de Madrid. Pero, además, podríamos mencionar otra coincidencia, como es que la Jefa de prensa del Consejo General de Dentistas, María Ángeles Rabadán, sea la redactora de La Ola Dental. Tres coincidencias en las que está el Consejo General junto a intereses privados.

Mientras tanto, el presidente del Consejo General de Dentistas, Alfonso Villa Vigil, ha solicitado a través de las redes sociales, el apoyo a este proyecto, algo que no ha conseguido, sino todo lo contrario, cada vez son más numerosas las protestas por su actuación.

Sorprende la virulencia de algunas manifestaciones y, en especial, las del Presidente del Consejo que tacha las ajenas de "extralimitaciones y pretensiones de algunos chantajistas antidemócratas e insolidarios".

Por otro lado, la plataforma Chan-

ge.org, espacio de acogida libre y pública de peticiones por internet de carácter cívico, reformista, social y, en general, reivindicativo del cumplimiento de los derechos humanos, es un nuevo escenario de "batalla" entre las posturas de los detractores de este proyecto, el grupo Salvemos la Odontología (SLO), que pidió la retirada del mismo y Rafael González Gallego, director ejecutivo del Consejo de Dentistas, que contrató esta iniciativa pidiendo lo contrario, es decir, el apoyo para el proyecto, argumentando que "atenderá de forma gratuita o al precio de coste de los materiales a los pacientes sin medios económicos, en una Clínica Solidaria situada en la calle Rafael Calvo 5 de Madrid".

Tras esta breve exposición de datos, "Odontólogos de Hoy" ha dado la oportunidad de expresar sus opiniones a los implicados en este

tema. Para ello, nos hemos puesto en contacto con el Director de Comunicación del Consejo General de Dentistas, Fernando Martín, del que, tras remitir un breve cuestionario centrado en aclarar todos los puntos mencionados, no hemos obtenido ningún tipo de respuesta. Por otro lado, hemos contactado telefónicamente con el Doctor Juan Manuel Aragonese, uno de los administradores de la clínica solidaria, que ha manifestado no querer hacer "ningún tipo de comentario a las revistas del sector". Debemos matizar que nuestro contacto con el Doctor Aragonese se hizo a través de la clínica en la que normalmente trabaja, que nos remitió a otra en la que pasa consulta, donde nos aclararon que él trabaja ya en la clínica solidaria de Rafael Calvo 5 •



1^{ER} CURSO DE SALUD PÚBLICA ORAL PARA HIGIENISTAS DENTALES
Bilbao Mayo-Noviembre 2014

Organizan: HIDES Euskadi, Fundación Odontología Social y SESPO. Con la colaboración de Colgate.

Créditos reconocidos: 25 ECTS (3 créditos presenciales y 22 online).

Sesiones presenciales: 31 de mayo, 27 de septiembre, 11 de octubre y 29 de noviembre.

Fechas de preinscripción: 1/03/2014 – 30/04/2014.

Coste de la matrícula: 250€

Información: Tlf. 626894696. saludpublicaoral.fos@gmail.com

Los primeros 60 inscritos gozarán de una reducción de matrícula de 50€ por gentileza de Colgate.

[COINCIDIENDO CON EXPODENTAL]

Eduardo Anitua presentó su último libro sobre la prevención y el tratamiento de la periimplantitis



presidente del Consejo General, Juan Antonio López Calvo.

Durante el acto, Eduardo Anitua, Doctor en Medicina y Cirugía y especialista en Estomatología, repasó los principales puntos en los que se centra el libro, destacando los nuevos protocolos de actuación ante una patología como la periimplantitis, cada vez más habitual en la práctica clínica diaria.

En este sentido, se han abordado conceptos prostodónticos esenciales para obtener un buen hermetismo, así como la importancia que juega la elección de la superficie en la aparición y progreso de la infección, sin olvidar el concepto de la “des-oseointegración”, que ha cambiado por completo el enfoque del tratamiento de esta patología. En el libro monográfico se aportan nuevas pautas para la extracción del implante de manera sencilla, rápida y atraumática.

Juan Antonio López Calvo, vicepresidente del Consejo General de

Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, destacó en su intervención la importancia de la utilización de nuevas pautas que posibiliten aplicar un tratamiento más predecible y atraumático a los pacientes •



Oklok

Llegó el momento de la comunicación

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



[CON MOTIVO DE LA CELEBRACIÓN DEL DÍA DE LA SALUD BUCODENTAL]

III Semana de la Higiene Oral organizada por el COEM

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM), a través de su Fundación, ha organizado la “III Campaña de la Salud Bucodental y Hábitos Saludables. Semana de la Higiene Oral” para fomentar hábitos de higiene saludables y concienciar. Esta campaña está dirigida tanto a los profesionales como a los estudiantes de Odontología, y trata de concienciar sobre la importancia que tienen como agentes de la prevención. Para ello se han organizado diferentes activi-

dades en los campus universitarios: charlas informativas, conferencias sobre prevención, todo ello concienciando de la importancia de visitar al dentista cada seis meses y haciendo hincapié en los beneficios de dejar de fumar. Asimismo, los dentistas aprovecharán esta campaña para recordar a sus pacientes la importancia de una correcta higiene oral en beneficio de la salud general y ayudarles a abandonar el hábito tabáquico •



Tu agencia de diseño y publicidad

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

¡Síguenos!



[DATOS DEL ÚLTIMO EUROBARÓMETRO]

Los españoles apoyan las competencias de la Comisión Europea en Sanidad

Más de la mitad de los españoles ve con buenos ojos que la Comisión Europea tenga capacidad decisoria en los ámbitos de la sanidad y de la seguridad social de los 28 países miembros, opinión que comparte, asimismo, el 50 por ciento de los ciudadanos europeos, de acuerdo con los datos del último Eurobarómetro que ha publicado la institución comunitaria en el pasado mes de enero.

En nuestro país, la mayoría de los encuestados pone en tela de juicio el papel director y coordinador del Ministerio que encabeza Ana Mato, así como la disgregación del poder ejecutivo en materia sanitaria en las consejerías del ramo de las 17 comunidades autónomas.

En efecto, el 53% de los ciudadanos echa de menos que la política sanitaria de cada Estado miembro sea regulada, en mayor o menor grado, por los líderes de la Unión Europea (UE).

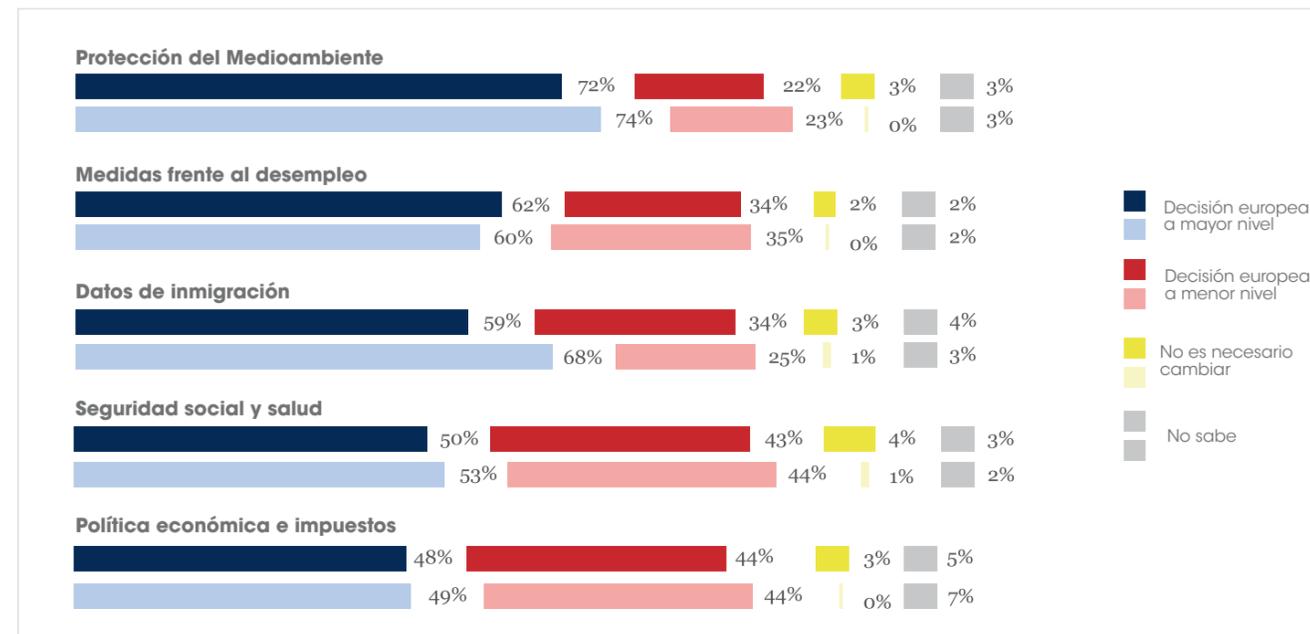
Además, hay que reseñar que el 49 por ciento de los sondeos también defiende mayor influencia política de la UE en cada uno de los países comunitarios, en áreas como la política económica y tributaria; las decisiones sobre inmigración (68%); afrontar el desempleo (60%); y proteger el medio ambiente (74%).

Sondeo publicado en enero

Por último, el sondeo publicado por la Comisión europea revela que la innovación y la investigación no representan precisamente los puntos fuertes del continente (sólo el 10% de los 27.739 encuestados –el 12% en el caso de los 1.006 españoles que respondieron al cuestionario– las sitúa como los principales activos de la UE). Para la mayoría de los encuestados, los puntos fuertes de la UE son la economía, la industria, el comercio e, incluso, la democracia y el respeto por los derechos humanos •



RESULTADOS DEL SONDEO PUBLICADO POR LA COMISIÓN EUROPEA



I CONGRESO IBÉRICO EUROTEKNIKA 2014

MONOGRÁFICO INTENSIVO SOBRE CARGA INMEDIATA Y DIGITALIZACIÓN

BARCELONA · 13 Y 14 DE JUNIO

Lugar de la celebración

Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya

Travessera de Gràcia 93-95 · 08006. Barcelona



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

Con la colaboración de

3M ESPE

3shape

Incotrading



ivoclar vivadent

[EDAD LEGAL PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL]

Los parlamentarios estudian elevar hasta los 21 años el límite de edad legal



JOAQUÍN VILLANOVA, PORTAVOZ DEL GRUPO POPULAR EN LA PONENTIA

La Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas ha aprobado un informe elaborado después de un año de trabajo sobre adicciones legales y legales en el que, entre otras cuestiones, piden al Gobierno una ley que retrase el “alarmante” consumo de alcohol entre los jóvenes, tomando como ejemplo el “éxito” que ha conseguido la Ley Antitabaco.

Acceso al alcohol

En el debate se ha planteado la necesidad de unificar la edad legal de consumo, que actualmente está en los 18 años, incluso el portavoz

del PP ha manifestado que podría plantearse la posibilidad de subir este límite legal hasta los 21 años, ya que “los científicos dicen que el cerebro de una persona no madura hasta esa edad”. Aunque existen algunas divergencias entre los parlamentarios, en lo que sí han coincidido diputados y senadores es en impulsar el debate social sobre este consumo “siguiendo el modelo de sensibilización que ha permitido la aceptación social de las Leyes de prevención del tabaquismo”.

El portavoz popular, Joaquín Villanova, ha manifestado que aunque algunos tilden a “la Ley Antitabaco de represiva, está funcionando muy bien y prueba de ello es que la salud de muchas personas está mejorando”, de ahí que se considere un buen ejemplo a seguir.

La actuación de los médicos

Entre los ponentes que han acudido al Congreso en el último año se encontraban varios representantes de la comunidad médica y científica (Sociedad Española de Patología Dual; Sociedad Española de

Toxicomanías; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), si bien en las conclusiones del informe no aparece aún explicitado el papel del profesional a la hora de acometer las políticas preventivas que se resaltan.

Financiación suficiente

Otro motivo de debate en el informe es la dotación económica de las políticas destinadas a prevenir el consumo de drogas y las adicciones, así como a los programas para drogodependientes. El informe recomienda al Gobierno destinar a tales fines una financiación “suficiente y estable”, mientras que el PSOE ha presentado un voto particular contra este punto, porque consideran que para expresar un “compromiso firme” contra las drogas y las adicciones necesitan aumentar las partidas presupuestarias que, sin embargo, se han visto “afectadas por los recortes de los últimos años” •

[ACADÉMICO DE LA UNIV. MAIMÓNIDES DE BUENOS AIRES]

Nuevo nombramiento para el Doctor Cosme Gay

El Prof. Dr. Cosme Gay Escoda, Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial de la Universidad de Barcelona, coordinador del grupo “Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial” fue nombrado Académico de la Facultad de Odontología de la Universidad Maimónides de Buenos Aires.

El Prof. Dr. Cosme Gay Escoda impartió una conferencia titulada “Cirugía míni-mamente invasiva en la patología disfuncional de la arti-

culación temporoman-dibular”, tras la cual el Presidente de la Academia, Prof. Dr. Carlos Ricardo Guardo y el secretario de la Academia, Prof. Dr. Rafael Adolfo Gutiérrez, entregaron al nuevo académico el Diploma y los distintivos que le acreditan.

Su nombramiento como académico fue realizado en la Asamblea General extraordinaria celebrada el día 13 de junio de 2013, como reconocimiento por sus relevantes antecedentes profesionales y docentes •



EL DOCTOR COSME GAY EN EL CENTRO JUNTO AL PROF. CARLOS RICARDO GUARDO (A SU DERECHA), Y EL PROF. RAFAEL ADOLFO GUTIÉRREZ (A SU IZQUIERDA)



¡¡ VISÍTANOS, queremos conocerte, y que nos cuentes tus necesidades !!

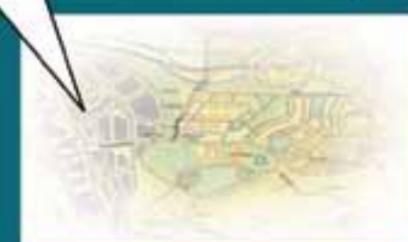
¡¡ Emociónate con la última tecnología, con las MEJORES MARCAS del mercado, y por supuesto, con todo el CONSUMIBLE a los mejores precios !!



www.antonsl.es
antonsl@antonsl.es
94 453 06 22



P. I. Sangróniz - Iberre Kalea, 3, Mód. 6
48150 Sondika (Bizkaia)



[14 DE MARZO EN MADRID]

1ª Reunión Conjunta Médico-Quirúrgica



El 14 de marzo se celebró en el Hotel Husa Princesa de Madrid la 1ª Reunión Conjunta Médico-Quirúrgica bajo la tutela de 3 Sociedades Científicas: la Sociedad Española de Gerodontología, la Sociedad Española de Cirugía Bucal y la Sociedad Española de Medicina Oral. La organización estuvo dirigida por el Dr. Oscar Arias Irimia y los 3 Presidentes de las Sociedades: Dr. Andrés Blanco Carrión, Dr. David Gallego Romero y Dr. Rafael Segura Saint-Geróns, respectivamente.

Se perseguían 2 objetivos fundamentales, por un lado coordinar tres Sociedades diferentes en la organización de un evento con un nexo común que es la patología médico-quirúrgica de la cavidad oral y, en segundo lugar, dar la oportunidad y protagonismo a los jóvenes dentistas y estudiantes de grado y postgrado para poder presentar trabajos con esta patología.

Para ello se preparó un concurso de presentación de casos clínicos con el incentivo de cuatro premios

en metálico y una beca de inscripción gratuita al próximo Congreso SEGER 2014. Se eligió un jurado evaluador representante de las tres Sociedades, coordinado por el Prof. José M^a Martínez González, de la Universidad Complutense de Madrid y formado por el Dr. Rafael Segura Saint-Geróns, Presidente de SEMO, el Prof. Francisco A. García Gómez, de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, y la Profa. Berta García Mira, de la Universidad de Valencia.

Desde las 10 de la mañana se presentaron 41 trabajos, representando a universidades y entidades de toda la geografía española.

Después de una difícil evaluación debido al altísimo nivel y la igualdad de las presentaciones, se decidió otorgar los siguientes premios:

1º premio: “Formación nodular en mucosa labial inferior diagnosticada de lipoma”. Sara López Díaz, Eva Otero Rey, Manuel Peñamaría, Andrés Blanco Carrión. Máster Odontología Práctica Diario. Universidad Santiago de Compostela.

2º premio: “Fibroma óseo juvenil: a propósito de un caso”. Iria González-Regueiro, Carmen Gutiérrez Bonet, César Martínez Rodríguez, Cristina Barona Dorado. Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

3º premio: “Lesiones orales como primera manifestación de una púrpura trombocitopénica idiopática”. Elisabeth Casañas Gil, Rosa M^a López-Pintor Muñoz, Fernando Luengo Mas, Lorenzo de Arriba de la Fuente, Gonzalo Hernández Vallejo, Víctor Manuel Paredes Rodríguez. Título de Especialista en Medicina Oral. Universidad Complutense de Madrid.

4º premio: “Lesión maxilar insidiosa. Caso clínico”. Carlos Polis Yanes, Marta Domingo Mesegué, Enric Jané Salas, José López López, Antonio Marí Roig. Máster en Medicina, Cirugía e Implantología Oral. Universidad de Barcelona •



[EXPODENTAL 2014]

Expodental, éxito de asistencia y de presencia de la industria dental nacional e internacional

La 13ª edición Expodental, el Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, organizado por Ifema del 13 al 15 de marzo, se cerró con gran éxito de participación de empresas expositoras y una importante asistencia de público profesional durante los tres días en los que se celebró la muestra.

La Feria, organizada por Ifema en colaboración con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, reunió a 304 empresas, procedentes de 16 países, en una superficie neta de 17.000 metros cuadrados.

Los datos de participación extranjera han sido muy positivos. En esta ocasión, un total de 63 expositores han correspondido a firmas internacionales. Italia, Alemania y Portugal han sido los países que han ofrecido más propuestas en Expodental.

Las cifras de asistencia han confirmado a Expodental como la mayor plataforma de innovación odontológica de la industria dental española y la segunda de Europa. La muestra ha

sido el escenario perfecto para crear oportunidades de negocio entre empresas y visitantes profesionales y para conocer las últimas novedades del sector.

Importantes novedades tecnológicas

Expodental ha sido el exponente de los importantes avances que está conociendo el sector dental, con la introducción de la más alta tecnología en su maquinaria, implantes, prótesis o equipos dentales. Los diseños asistidos por ordenador; la ejecución de elementos protésicos manufacturados con fresado programado por ordenador, como el diagnóstico en 3D; la técnica de impresión digital y la tecnología CAD-CAM han sido algunas de las novedades presentadas por diferentes empresas, además de los aparatos para realizar cirugía de mínima invasión; nuevos materiales estéticos; los últimos tratamientos contra el dolor, o dispositivos ortodónticos estéticos •



Gran participación extranjera



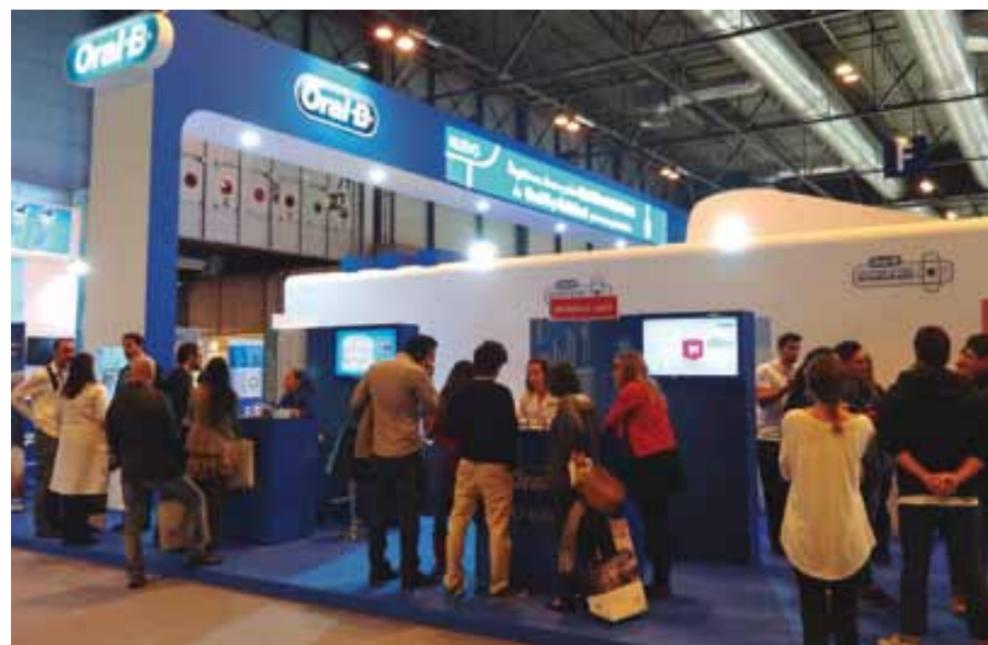
Gafas de Aumento para Dentistas



Exclusivo para España
avs@baja-vision.com



CEOdont

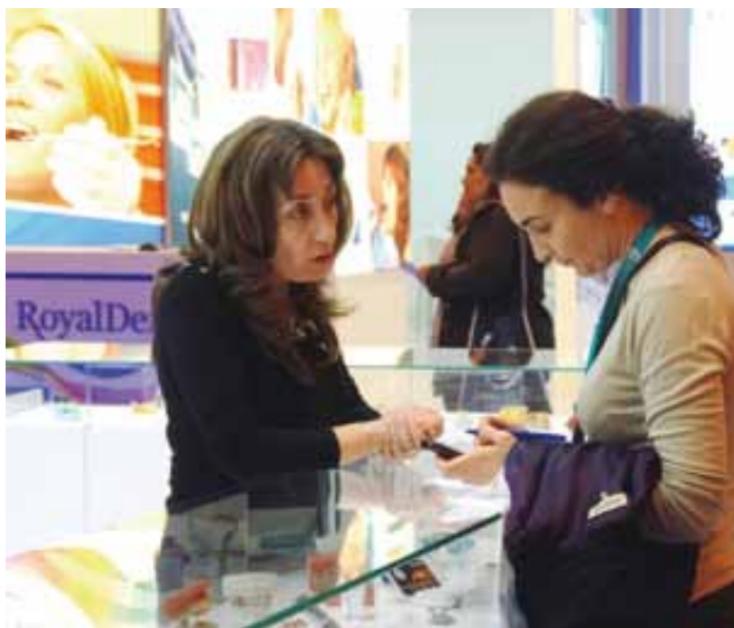


Importantes novedades tecnológicas

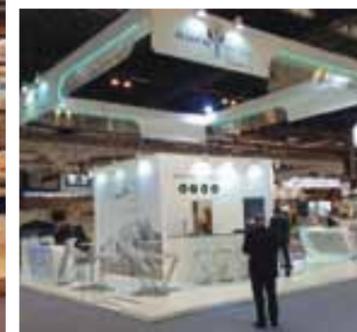




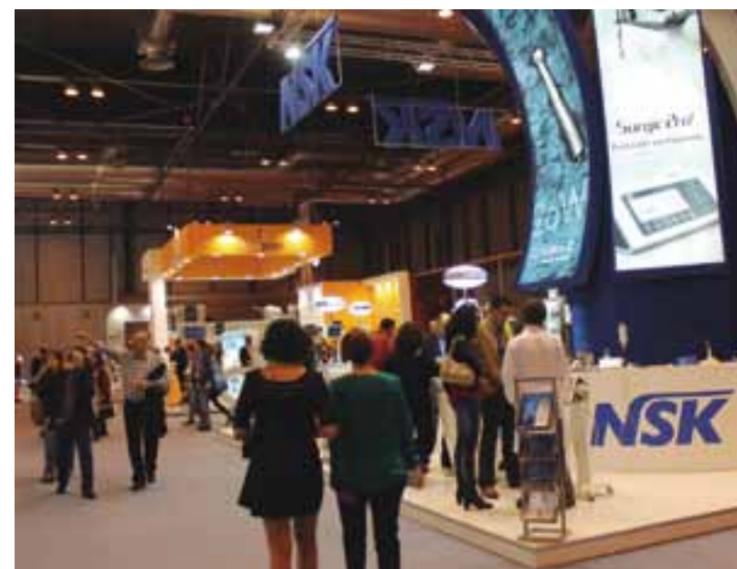
Amplia representación de la industria del sector dental







Gran variedad de productos presentados



Entrevista María José Sánchez, directora de Expodental

Extracto de la entrevista realizada por Puntex, empresa colaboradora de "Odontólogos de Hoy", a María José Sánchez, directora de Expodental

¿Qué novedades se han presentado en la edición de este año?

EXPODENTAL ha ofrecido la oportunidad de conocer todas las novedades y tendencias del sector, tanto para odontólogos como para técnicos de prótesis dental. Los visitantes pueden apreciar los últimos avances de la industria y las novedades que facilitarán su labor profesional. Además, el carácter bianual de la feria ayuda a que las novedades sean muy significativas. El sector dental vive importantes avances con la introducción de la más alta tecnología en su maquinaria, implantes, prótesis o equipos dentales. Diseños asistidos por ordenador, ejecución de elementos protésicos manufacturados con fresado programado por ordenador, como es el caso del diagnóstico en 3D, la técnica de impresión digital y la tecnología CAD-CAM. Además de aparatos para realizar cirugía de mínima invasión, nuevos materiales estéticos, últimos tratamientos contra el dolor, dispositivos ortodónticos estéticos, entre otras muchas novedades.

¿Cuál cree Ud. que es la motivación principal de los profesionales para visitar Expodental 2014?

El Salón es un referente indiscutible para este mercado, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional, ya que es uno de los certámenes más importantes para el sector en toda Europa. El profesional encuentra los últimos avances en dispositivos relacionados con los sectores de consumo e instrumental clínico; implantología; equipamiento y mobiliario, tanto clínico como de

prótesis. Así como los servicios y las herramientas de informática necesarios para gestionar su negocio. Las empresas expositoras ofrecerán un enorme abanico de soluciones para el colectivo integrado por cirujanos máxilofaciales, estomatólogos, representantes de laboratorios, odontólogos, ortodoncistas, protésicos, higienistas y auxiliares de clínica.

¿Cómo se ha promocionado la feria en el conjunto del estado español?

En EXPODENTAL trabajamos con todas las revistas del sector a través de publicidad y comunicación. Además, tenemos un trato directo con los colegios profesionales de toda España, informándoles puntualmente de la marcha de la Feria y de las novedades que presentamos. Este año se ha realizado, por primera vez, una invitación personal a todos los presidentes de los Colegios de odontólogos del país.

¿En qué otros países se ha desarrollado campaña de promoción?

La información sobre Expodental se ha enviado a través de las 30 delegaciones de IFEMA que están repartidas estratégicamente en los cinco continentes. Estas delegaciones realizan una enorme labor comercial, así como de apoyo y asesoramiento a expositores y potenciales clientes internacionales. Asimismo, hemos realizado una intensa campaña de publicidad en Portugal para atraer visitantes •



QUIERE
FINANCIACIÓN?
FÁCIL!
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

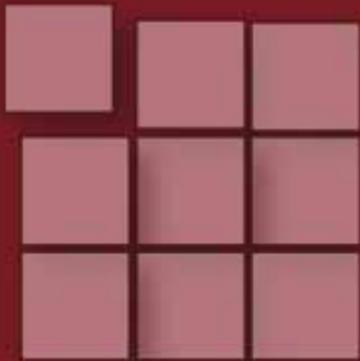
info@fincliniks.com

infórmese en

918 291 241



FINCLINIK'S
FINANCIACIÓN CLÍNICA



2014

I EDICIÓN CURSO MODULAR ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL Y PERIIMPLANTARIA

Dr. Antonio Murillo Rodríguez

EN MADRID. PRECIO **2.600 EUROS** A PARTIR DEL 15 - 07 - 2014 - 3.000 EUROS
VIERNES Y SÁBADO EN JORNADA COMPLETA, MAÑANA Y TARDE



MÓDULO 1

26 y 27 Septiembre 2014

- Anatomía del complejo periodontal y periimplantario.
- Biotipos y estética gingival.
- Criterios PES- WES de estética.
- Etiología de las lesiones mucogingivales.
- Protocolos en la preparación del campo quirúrgico.
- Indicaciones prequirúrgicas y postquirúrgicas.
- Análisis de zonas donantes.
- Membranas dérmicas como sustitutos.
- Diseño de los colgajos, tipo de incisiones y sutura.
- Colgajos de desplazamiento.
- Alargamiento coronario.
- Cicatrización primaria periodontal.
- Injerto gingival libre en dientes, en implantes y en zonas edéntulas.

MÓDULO 2

24 y 25 Octubre 2014

- Injerto de tejido conectivo en dientes.
 - Técnica de Langer, Raetzke, Allen, Zucchelli y Harris.
 - Membranas dérmicas.
- Injerto de tejido conectivo en implantes.
 - Técnica en túnel y técnica en sobre.
 - Técnica de injerto pediculado.
 - Técnica de injerto pediculado modificado.
 - Membranas dérmicas.
- Preservación alveolar.
- Preservación papilar vs reconstrucción papilar.
- Complicaciones.

MÓDULO 3

22 de Noviembre 2014

- Hospital Dental de Madrid.
- 2 cirugías en directo.
- Explicación de las cirugías paso a paso.
- Resolución de consultas.
- Mesa redonda.
- Clausura del curso.

Plazas
Limitadas



Más información e inscripciones: Depart. formación de Osteógenos. 902 01 34 33 / 91 413 37 14 formación@osteogenos.com



Entrega en
24h
Garantizado

OsteoBiol[®] by Tecnos

Biomateriales de origen natural con colágeno

OsteoBiol mp3



- 1 | FIGUEROA ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH; 2010
- 2 | NANNMARK SENNERBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008
- 3 | BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010
- 4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMAZIONE DENTARE; 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 | RINNA ET AL.; JOURNAL OF CRANIOFACIAL SURGERY; 2009
- 2 | PESTA ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2012
- 3 | WACHTEL ET AL.; IMPLANTOLOGIE; 2012
- 4 | PAGLIANI ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010

100% hueso cortical heterólogo

- Lámina cortical de hueso porcino de consistencia semirígida⁽¹⁾
- Flexible y adaptable después de la hidratación
- Indicado para la estabilización de grandes injertos⁽²⁾
- Mantiene el volumen ideal para el aumento horizontal⁽⁴⁾
- Superficie porosa, fácil vascularización
- Composición dual: mineral + colágeno
- Sustitución lenta por hueso neo-formado⁽³⁾
- Los márgenes son suaves para no causar microtraumas



Tel. 902 01 34 33 - 91 413 37 14 | Fax. 91 652 83 80

info@osteogenos.com | www.osteogenos.com | www.osteobiol.com

Novedades en el manejo de tejidos blandos. Bilbao 9 de Mayo.
Congreso OsteoBiol Bone, Biomaterials & Beyond. Venecia 17 de Mayo.
Últimos avances en técnicas quirúrgicas. Maranello Italia 22 Mayo.
R.O.G. y cirugía mucogingival. Scoe Barcelona 31 de Mayo.

Envío 24 horas gratis* dentro de la Península. Baleares, Ceuta, Melilla consultar. Posibilidad de entrega en menos de 24h bajo suplemento. Total disponibilidad de stock. *En pedidos superiores a 1000 unidades de IVA. En pedidos inferiores 70€ + IVA de portes. Osteógenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, en dicho caso se informará al cliente en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.



[NSK]

NSK presentó en Expodental 2014 las nuevas turbinas Ti-Max Z

NSK-Nakanishi presentó en la pasada edición de Expodental las nuevas turbinas de la serie Ti-Max Z, el último logro en su permanente innovación tecnológica.

Las turbinas de la serie Ti-Max Z irrumpen en el mercado odontológico como las más potentes, con una potencia de salida de hasta 26W. El nuevo rotor produce un poderoso torque para reducir el tiempo de tratamiento.

Las turbinas Ti-Max Z disponen del Sistema de Cabezal Limpio patentado por NSK: un mecanismo especialmente diseñado para prevenir automáticamente la entrada de fluidos orales y otros contaminantes en el interior del cabezal, prolongando la vida de los rodamientos.

Con el cabezal aún más pequeño y el cuello más delgado, las turbinas Ti-Max Z mejoran la accesibilidad y la visibilidad operativa •

Características:

- Torque: 26W
- Cabezal más pequeño: $\varnothing 12,5 \times A1 13,1$ mm
- Velocidad: 320.000~400.000 min-1
- Cuerpo de titanio con DURAGRIP®
- Óptica de vidrio celular
- Rodamientos de cerámica
- Sistema de cabezal limpio
- Portafresas Push Botton
- Spray Quattro
- Microfiltro

[SEPES]

SEPES, nuevo miembro de la International Federation of Esthetic Dentistry (IFED)

El pasado día 20 de febrero, en el transcurso de la Asamblea General de la IFED (International Federation of Esthetic Dentistry), se aprobó la incorporación de SEPES como miembro de pleno derecho. La IFED, fundada en 1994 por la Euro-

pean Academy of Esthetic Dentistry, la American Academy of Esthetic Dentistry y la Japanese Academy of Esthetic Dentistry, aglutina en la actualidad a 34 sociedades científicas nacionales o continentales •

SEPES firma sendos convenios de colaboración con el COEC y la SEI

El Dr. Nacho Rodríguez, Presidente de SEPES, aprovechó el pasado curso SEPES Primavera donde se dieron cita con el Dr. Antonio Gómez, nuevo Presidente de COEC, para formalizar los acuerdos de colaboración que SEPES ha formado con la nueva Junta de Gobierno del Colegio Catalán. Éste se suma a los que SEPES ya mantiene con otras so-

iedades científicas amigas y colegios como COEM, COELP, SEPA, SECIB, SCOE, SEOC y SOCE.

Todas estas entidades se encuentran englobadas en el sello AMIGOS SEPES, por el que todos los asociados y colegiados de éstas se benefician de tarifa reducida en todos los cursos y congresos organizados por SEPES •



[IVOCLAR VIVADENT]

Lanzamiento Adhese Universal

Ivoclar Vivadent lanza Adhese Universal, un nuevo adhesivo universal monocompone, fotopolimerizable para los procedimientos de adhesión directos e indirectos. Adhese Universal se caracteriza por la compatibilidad con las técnicas de grabado: autograbado, grabado selectivo y grabado total.

La aplicación de Adhese Universal establece una fuerte adhesión a varios tipos de restauraciones dentales. Se puede usar para procedimientos de adhesión indirectos y directos. La fina capa en la que se aplica el material minimiza el riesgo de desajuste después de la cementación.

Compatibilidad

Adhese Universal combina propiedades hidrofílicas e hidrofóbicas. Es tolerante a la humedad y penetra bien en los túbulos dentinarios.

Formato eficiente

La simple activación con un "click" del Sistema VivaPen permite dispensar la cantidad exacta de material para cada procedimiento. Por lo tanto, no es necesario dispensar el material en un recipiente con anterioridad.

Resultados predecibles

Adhese Universal es tolerante y versátil. Se forma una capa homogénea y estable válida para cualquier técnica de aplicación •



[SEPTODON Y ACRIBIS GROUP]

Firman un acuerdo para la distribución de productos sanitarios y farmacéuticos

Septodont ha confiado la distribución de productos sanitarios y farmacéuticos a Acribis Group.

Acribis Group ha iniciado la comercialización, tanto de productos farmacéuticos como productos sanitarios de Septodont, con el objetivo de realizar una promoción activa en las 14.000 clínicas dentales del estado español.

De este modo Septodont gana una vía directa de comercialización de sus productos sanitarios y medicamentos.

Septodont es responsable de la fabricación de más de 500 millones de carpules de anestesia al año. Sus productos cuentan con la aprobación de 150 autoridades sanitarias y profesionales del sector odontológico en todo el mundo.

Con esta alianza Acribis Group ha puesto a disposición de Septodont un equipo comercial que abarca todo el territorio nacional •



[DVD]

DVD presenta el Odontomecum sanitario y farmacéutico

DVD inicia un nuevo proyecto tras más de 25 años trabajando junto a miles de profesionales de la odontología y anuncia la disponibilidad inmediata del Odontomecum, el nuevo manual de referencia para el odontólogo.

Con la presentación del Odontomecum, DVD da otro paso adelante y sigue evolucionando para aportar más valor al odontólogo.

El Odontomecum es un manual creado por y para expertos de la odontología, con la intención de dar respuesta a todas las necesidades que pueden surgir en el desarrollo de su profesión, que puede servir de fuente de inspiración, de nuevos conocimientos y de asesoramiento profesional •



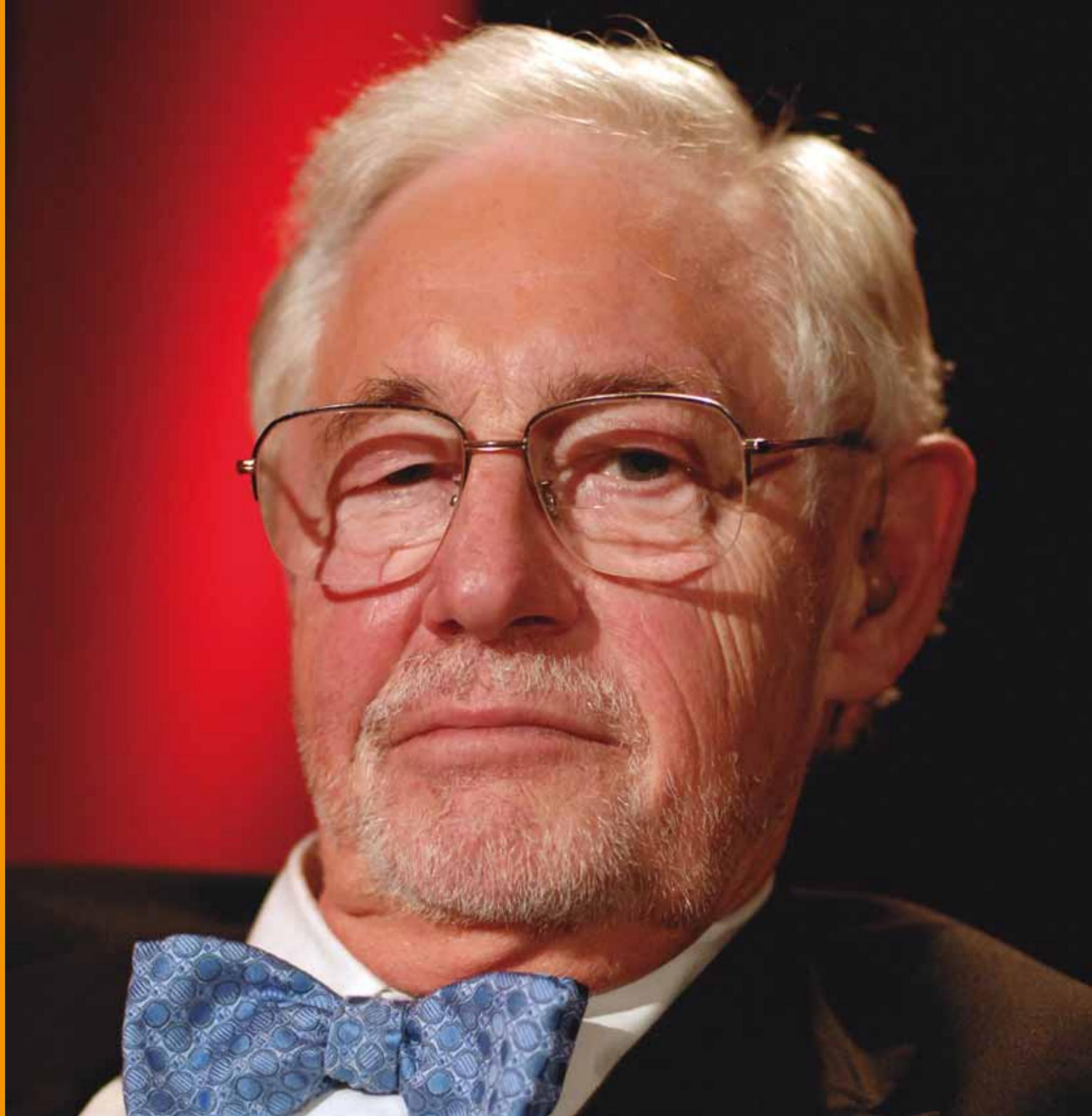
[DR. PER-INGVAR BRANEMARK]

“La implantología ha cambiado la odontología y el enfoque de muchas reconstrucciones ortopédicas”

Per-Ingvar Branemark (1929) es un cirujano ortopédico sueco y profesor de investigación, conocido como el “padre” de la implantología dental moderna.

Hace medio siglo descubrió que usando titanio para fijar las piezas a la mandíbula éstas se mantenían y el metal se fusionaba con el hueso (un proceso denominado osteointegración), y desarrolló la técnica quirúrgica para hacerlo de la manera que fuera lo más estable posible. Branemark ha sido dos veces candidato al Premio Nobel, y en 2011 recibió el Premio de Investigación de la oficina de patentes de la Unión Europea a toda una vida de trabajo.

Belén Martínez Salmerón



“Odontólogos de Hoy”: La implantología moderna fue inventada en 1965 cuando usted operó a un paciente con graves deformaciones en mandíbula y barbilla, que recibió los primeros implantes de titanio. Sin embargo, las autoridades sanitarias suecas no aprobaron la inserción de implantes para uso clínico hasta 1978. ¿Por qué tardaron tanto tiempo en permitirlo?

Per-Ingvar Branemark: Estuvimos durante 10 años haciendo pruebas con animales. Para nuestros trabajos utilizamos perros. Eran de una raza especial, unos perros de caza muy inteligentes. Les pusimos los implantes y los cuidábamos en casa, vigilando todo lo que comían y lavándoles los dientes a diario. Eran tan mansos que no necesitamos ni siquiera anestesia para ponerles los implantes. Bastaba con que les diera unas palmadas en la cabeza para que se tranquilizaran. Así pudimos ver que el titanio funciona, que no generaba rechazo, y que con el tiempo se integra en el hueso, lo que hacía que cada vez la sujeción fuera más segura. De esta forma ya pudimos contemplar realizar este tipo de implante en las personas.

ODH: Sabemos que ha dedicado su vida a la investigación pero también ha ayudado a muchas personas tratándolas clínicamente. ¿Disfruta más con la investigación o con la clínica?

P-I.B.: Estuve un par de décadas estudiando células sanguíneas en el cuerpo humano. Fabricé un tubo que insertaba en la piel del brazo de estudiantes de medicina y en él ponía un microscopio de titanio. Eso hizo posible estudiar el comportamiento sanguíneo de diferentes individuos, los cuales, irónicamente, iban a ser futuros doctores y cirujanos.

Estaba convencido de que la sangre humana era un tejido muy inteligente. Haciendo esa investigación me di cuenta de que el cuerpo humano tiene un mecanismo tan complejo que nunca deberíamos presentar el



pronóstico de las cosas, no somos suficientemente inteligentes y muchas veces sobrevivimos solamente por casualidad.

ODH: ¿Puede explicar cómo fue aquel momento en el que se dio cuenta de que el titanio se podía oseointegrar?

P-I.B.: Puse en la tibia de un conejo un microscopio de titanio y quería quitárselo para ponerlo en otro animal, pero sentí que no podía sacarlo. Recuerdo perfectamente ese momento, no fue nada muy intelectual pero fue bastante especial.

ODH: ¿Podía imaginar que ese descubrimiento iba a ser tan trascendental?

P-I.B.: Cuando lo presenté, algunas autoridades me dijeron que estaba loco, pero yo decidí que no lo estaba y que eso podía cambiar la vida de muchas personas.

Esto nos ha llevado a una situación en la que no solo ha cambiado la odontología, sino también ha modificado el enfoque de muchos tipos de reconstrucciones ortopédicas. Es sorprendente el poder ver que gente que ha perdido las piernas puede ser tratada con fijaciones de titanio y acoplar sensores con los que pueden incluso sentir en qué suelo están pisando.

ODH: A lo largo de su carrera ha sido galardonado con diferentes premios por su trabajo. Entre otros, podemos destacar que en 2011 fue nombrado investigador del año. ¿Qué significan los premios para usted y, en concreto, esta última distinción que hemos mencionado?

P-I.B.: Es una prueba de la aceptación de nuestra filosofía.

ODH: Los avances en tecnología hacen que todo sea cada vez más sofisticado. ¿Cómo ve usted los nuevos procedimientos de cirugía guiada?

P-I.B.: El cerebro humano a veces es capaz de competir con las máquinas, pero esto no significa que la cirugía tras la máquina no sea personal y responsable.

ODH: ¿En la actualidad hay 13 centros Branemark en el mundo y, en concreto, en España hay tres, en Las Palmas, Madrid y Lérida. ¿Qué les une a todos entre sí?

P-I.B.: En el mundo hay unos 13 centros Brånemark —un par de ellos en España—, pero no son míos, son una especie de franquicia, aunque una vez al año nos reunimos, sobre todo para ver cómo está funcionando la técnica. Recopilamos los fallos y los estudiamos para que no vuelvan a suceder. Así garantizamos que los

pacientes reciben el mejor tratamiento posible. Debemos garantizar la salud y el bienestar de los pacientes.

ODH: ¿Pero hay un centro que es algo especial, ¿podría explicarnos un poco la labor que desarrollan en el Centro Branemark de Baurú en Brasil?

P-I.B.: El centro Branemark de Brasil es una referencia mundial para la investigación y el desarrollo de la oseointegración aplicada a la reconstrucción de amputaciones intra o extraorales y de dientes perdidos.

El 80% de los pacientes atendidos allí no pagan. Los profesionales locales de odontología y medicina colaboran con el centro, así como las universidades.

Las donaciones son la base para poder ofrecer tratamientos gratis a todos aquellos pacientes que lo necesitan.

Es una región donde hay muchos casos de fisura palatal. Ahí no hacemos solo implantes, sino todo tipo de ortodoncias. Hemos tratado a más de 2.000 personas, y tenemos una larga lista de espera.

ODH: Usted ha recorrido el mundo profesionalmente. ¿Los pacientes son muy diferentes según el país?

P-I.B.: Por supuesto. En Brasil son mucho más pobres, y hay mucho cáncer maxilofacial. Es donde están los pacientes más graves, pero son los más optimistas. En cambio, en Hollywood tenemos muchos pacientes, pero lo hacen por motivos estéticos. El país con más implantes por 10.000 habitantes, sin embargo, es Corea del Sur, con 250 anuales. Le siguen Italia (190) y España (170). En cambio en Francia y Estados Unidos la tasa es de 50.

ODH: Es muy difícil conseguir realizar un cambio tan grande en el mundo de la medicina como el que usted realizó al descubrir la oseointegración ¿cuál cree que debería ser el campo de investigación en el que las nuevas generaciones deberían centrarse?

P-I.B.: ESCUCHAR! Niños que nacen sordos pueden ser tratados con fijaciones de titanio detrás de la oreja con dispositivos electrónicos que pueden permitir que oigan, esto ha sido publicado pero se debería intentar que sea accesible para

todo el mundo. El dinero no debería controlar la calidad de vida de las personas

ODH: En España, la media de edad de los odontólogos es muy baja. ¿Una recomendación a los nuevos profesionales?

P-I.B.: Les recomendaría que sean respetuosos con la opinión del paciente y que escuchen a la Madre naturaleza •

Un trabajo muy reconocido, al que sólo le falta el Nobel

El Doctor Per-Ingmar Branemark ha recibido innumerables premios y nominaciones por su trabajo. Ganó el codiciado Premio de la Sociedad Sueca Soederberg de Medicina y la medalla de la prestigiosa Academia de Ingenieros de Suecia, por su innovación técnica.

Ha sido honrado con la medalla de la Harvard School of Dental Medicine por sus investigaciones, y tiene más 30 Doctorados Honoris Causa en universidades de todo el mundo. También ha sido reconocido con la Beca de Honor de la Sociedad Real de Medicina en el Reino Unido.

En 2002 fue nombrado Doctor Honoris Causa de la Universidad

Andrés Bello Chile. En 2003 la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid le investía Doctor Honoris Causa.

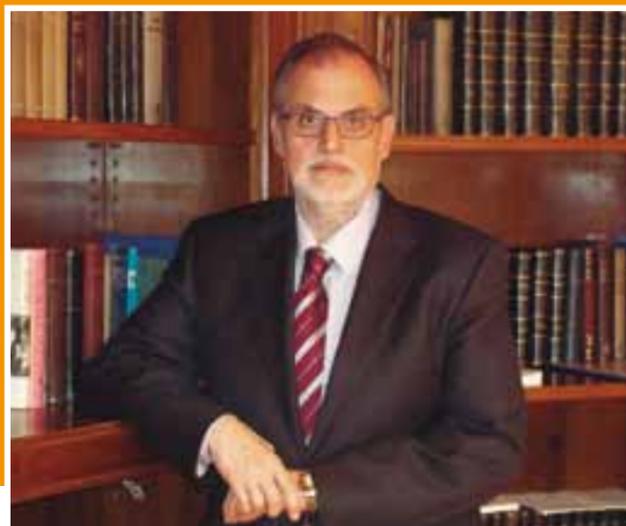
El Doctor Branemark fue candidato en el año 2011 al Premio Príncipe de Asturias y recibió en ese mismo año el prestigioso Premio “European Inventor Award 2011” en reconocimiento a toda una vida de labor investigadora y clínica.

No obstante, esta trayectoria impecable, aún tiene un reto por lograr ya que, aunque ha sido ha sido propuesto dos veces al Premio Nobel, aún no ha logrado el preciado galardón •



[JOSE MANUEL CUADRILLERO MARTIN]

“El poder de los Colegios se reforzaría si las Administraciones delegaran competencias.”



Tras casi 25 años al frente de la gestión del Colegio de la VIII Región, José Manuel Cuadrillero puede estar orgulloso de la evolución de una estructura administrativa eficaz y eficiente que engloba las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora. Esta organización, a pesar de las distancias entre todas las sedes provinciales, ha logrado erigirse como un ejemplo de gestión donde se unifican criterios y servicios a todos sus colegiados -

María José García

"Odontólogos de Hoy": ¿Cuál es la valoración de su actividad como Gerente en el Colegio de la VIII Región?

Jose Manuel Cuadrillero Martín: Lo que más valoro es el contacto próximo al colegiado, ayudando a resolver las múltiples cuestiones que afectan a la compleja actividad profesional de los dentistas.

Ello hace que pueda tener conocimiento directo de las inquietudes y del día a día de los colegiados.

Se ha de tener en cuenta que mi labor es la de desarrollar las directrices de los respectivos órganos colegiales.

Si a eso añadimos la extensión territorial de nuestro Colegio, los viajes han sido una constante en mi actividad, para llegar a la máxima cercanía con los colegiados.

ODH: ¿Cuáles son los proyectos de los que se siente más satisfecho?

J.M.C.M.: En épocas anteriores, fue la persecución del intrusismo una de las cuestiones que más me ocuparon, y no todas con el resultado que hubiera deseado. En concreto, se dio el caso de una intrusa en Valladolid a la que, tras juzgarla en cinco ocasiones (que se dice pronto), se consiguió

una condena total de más de veinte años de prisión, que actualmente sigue cumpliendo en el Centro Penitenciario de Villanubla (Valladolid).

Son ilusionantes los proyectos para ofrecer servicios a los colegiados, como la ayuda a los nuevos incorporados, explicarles qué tipo de contratación deberían aceptar, cómo tramitar las autorizaciones sanitarias de aperturas de clínicas, etc.

También me llena de orgullo la buena relación que he tenido con las diferentes Juntas Directivas colegiales, personalizándolo en la figuras de los respectivos Presidentes Regionales (Dres. Álvarez Represa, Lara Sanz, Nieto Bayón, Rodríguez Ortega y con el actual, Dr. Moreda Frutos) que, a pesar de tener en ocasiones opiniones discrepantes, todos ellos han trabajado con denuedo en beneficio del Colegio y de los colegiados.

Es muy enriquecedor también el contacto con las diferentes Juntas Provinciales del Colegio, pues así se puede conocer de primera mano el pulso vital de la profesión.

En las reuniones de cualquiera de los órganos colegiales, el Gerente y Asesor Jurídico está para dar apoyo a los acuerdos que se toman y tengo que agradecer a todos sus compo-

nentes el respeto a mis opiniones (si bien está claro que el criterio político lo marcan los órganos del Colegio).

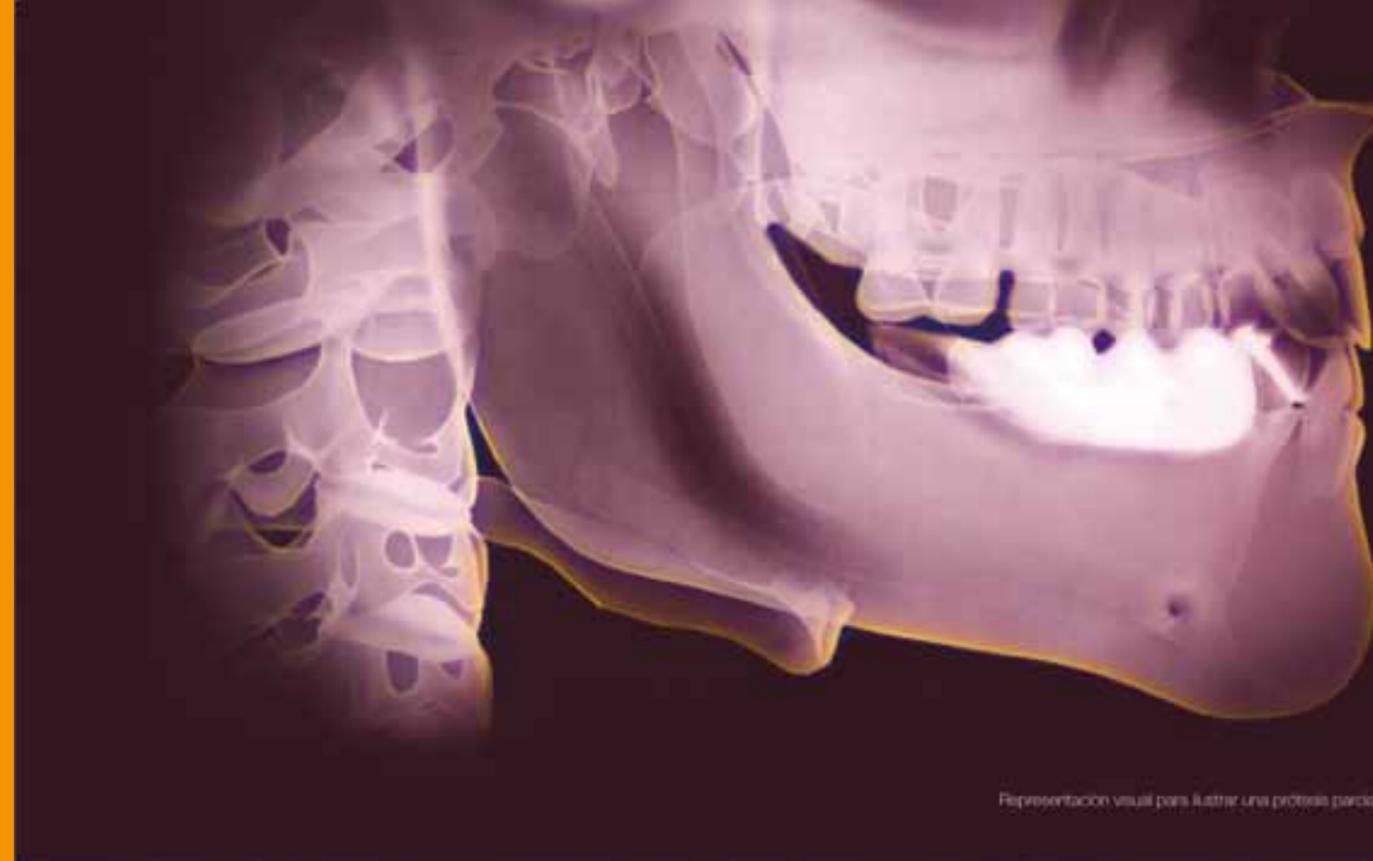
Esto es muy gratificante, sobre todo, por las excelentes relaciones amistosas surgidas con dentistas y compañeros del Consejo y de los diferentes Colegios a lo largo de todos estos años.

ODH: La profesión está en constante movimiento en los últimos años, ¿cómo ha cambiado desde que usted empezó su gestión al frente del CODE hasta el momento actual?

J.M.C.M.: Desde que asumí el cargo de Gerente, en el año 1990 a la actualidad, ha evolucionado mucho la profesión y las necesidades de los colegiados.

Ello ha motivado que entre el personal de los Colegios y del Consejo General tuviéramos canales fluidos de información mutua para adaptarnos a las nuevas realidades.

La organización de cursos de director de instalaciones de radiodiagnóstico, la implantación de la receta sanitaria, la adaptación de las clínicas a los nuevos cambios normativos, los cursos de R.C.P., la formación continuada en las cinco provincias que componen el Colegio



Representación visual para ilustrar una prótesis parcial en la boca

Incluso una prótesis parcial bien ajustada puede suponer un riesgo para la salud de los dientes naturales de sus pacientes¹

Combinando un uso diario de Corega Limpia y Protege y Corega Sella y Protege con una buena higiene bucal diaria y visitas regulares al dentista, sus pacientes pueden ayudar a proteger la salud sus dientes naturales.²⁻⁸

NUEVO Limpiador para Parciales Corega Limpia y Protege

- Probada actividad bactericida y antifúngica sobre la biopelícula.⁷
- Probada reducción de la formación de placa y manchas.⁸
- Fórmula no abrasiva⁹ y no corrosiva¹⁰.

NUEVO Fijador para Parciales Corega Sella y Protege

- Ayuda a estabilizar la prótesis parcial, reduciendo el movimiento.¹¹
- Ayuda a impedir que entren restos de comida, reduciendo la irritación de las encías.¹¹



¹Actividad in vitro en películas bacterianas después de 5 minutos de remojo. Cuando se usa según lo indicado.

Referencias

1. Zitaric DK et al. J Periodontol 2002; 73: 137-144.
2. Preshaw PM et al. J Dentistry 2011; 39: 711-719.
3. Brit J Biomed Sci 2007; 64: 180-186.
4. Yeung ALP et al. J Oral Rehabil 2000; 27: 183-189.
5. Budtz-Jørgensen E. J Dentistry 1996; 24:237-244.
6. Bergman B et al. J Clin Periodont. 1977; 4:134-146.
7. GSK Data on File, Lux R. 2012.
8. GSK Data on File, Cleaning study 28 Jun 2011.
9. GSK Data on File, Fernandez P et al. 2006.
10. GSK Data on File, Alliance Corrosivity Report 2012.
11. GSK Data on File, Murphy S et al. 2012.

de la VIII Región, los programas de consentimiento informado, desglose de prótesis, etc., son actividades que nos mantienen ocupados a los empleados de los Colegios.

Es cierto que se han incrementado las quejas y las reclamaciones contra colegiados, que al principio eran prácticamente nulas. En la actualidad, raro es el día que no se tengan que atender un par de llamadas o visitas en la sede colegial sobre estas cuestiones.

Todas las cuestiones administrativas relativas a la consulta (historia clínica, formularios de consentimiento, seguro de responsabilidad civil profesional, prescripción de prótesis, las nuevas recetas sanitarias, etc.) son recibidas con poco agrado por los colegiados, pero a través de charlas, circulares, entrevistas personales, se intenta facilitar estas cuestiones.

ODH: *¿Qué tipo de relación mantiene desde la gerencia con los colegiados?*

J.M.C.M.: Procuramos comunicar casi diariamente con los dentistas, bien por correo electrónico o a través de la página web, pero sigue primando la llamada telefónica del colegiado solicitando información o

“ *Pienso que el personal de los Colegios se encuentra muy preparado técnicamente para presentar los servicios a los dentistas.* ”

planteando cuestiones de diferente carácter, en su mayoría por problemas con pacientes, cuestiones administrativas y ahora, como no puede ser de otra manera por la situación actual, la reclamación a pacientes morosos de los honorarios de los profesionales.

Cuando la situación lo ha requerido, he acudido en numerosas oca-



JOSE MANUEL CUADRILLERO POSA JUNTO A LOS RETRATOS DE LOS DOCTORES REPRESA, LARA, NIETO Y RODRIGUEZ

siones personalmente a la consulta del profesional, con independencia de la provincia de que se tratara.

Al asistir a los cursos que se celebran en las diferentes provincias, se hace presencia colegial y eso es parte esencial de mi actividad.

ODH: *¿Cuál es su opinión de la actuación de los Colegios, desde el punto de vista técnico?*

J.M.C.M.: Gracias a las jornadas de actualización que el Consejo General organiza para el personal de los Colegios, todos tenemos una sistemática de actuación similar, pues las cuestiones que se plantean son todas muy parecidas.

Pienso que el personal de los Colegios se encuentra muy preparado técnicamente para prestar los servicios a los dentistas... y algunas veces he podido comprobar que esta tarea no siempre ha sido reconocida (aunque tengo que decir que no es el caso del Colegio de la VIII Región).

También valoro muy positivamente las reuniones de Asesores Jurídicos de los Colegios, que convoca el Consejo General que hace que tengamos criterios uniformes a la hora de defender en los Tribunales los intereses de los Colegios y de los colegiados.

ODH: *La coyuntura actual es complicada para los nuevos colegiados, desde su punto de vista ¿cuáles son*

los retos y dificultades a los que se enfrentan los profesionales que dan sus primeros pasos en el mercado laboral?

J.M.C.M.: En primer lugar, la plétora profesional hace que los jóvenes dentistas sufran situaciones muy desagradables: contratación irregular (los llamados falsos autónomos), salarios que no llegan ni a ser de “mileuristas”, tener que transigir con que el tratamiento sea impuesto con criterio economicista y no el más adecuado a la patología del paciente.

Es cierto que en el momento que pueden, estos colegiados procuran buscarse otra forma de desarrollarse profesionalmente, pero lo cierto es que ha descendido bruscamente la apertura de clínicas por dentistas con pocos años de colegiación... ison los tiempos que tenemos!

ODH: *¿Cómo valora el papel de los Colegios en nuestro país? ¿piensa que los colegiados se sienten verdaderamente representados y apoyados?*

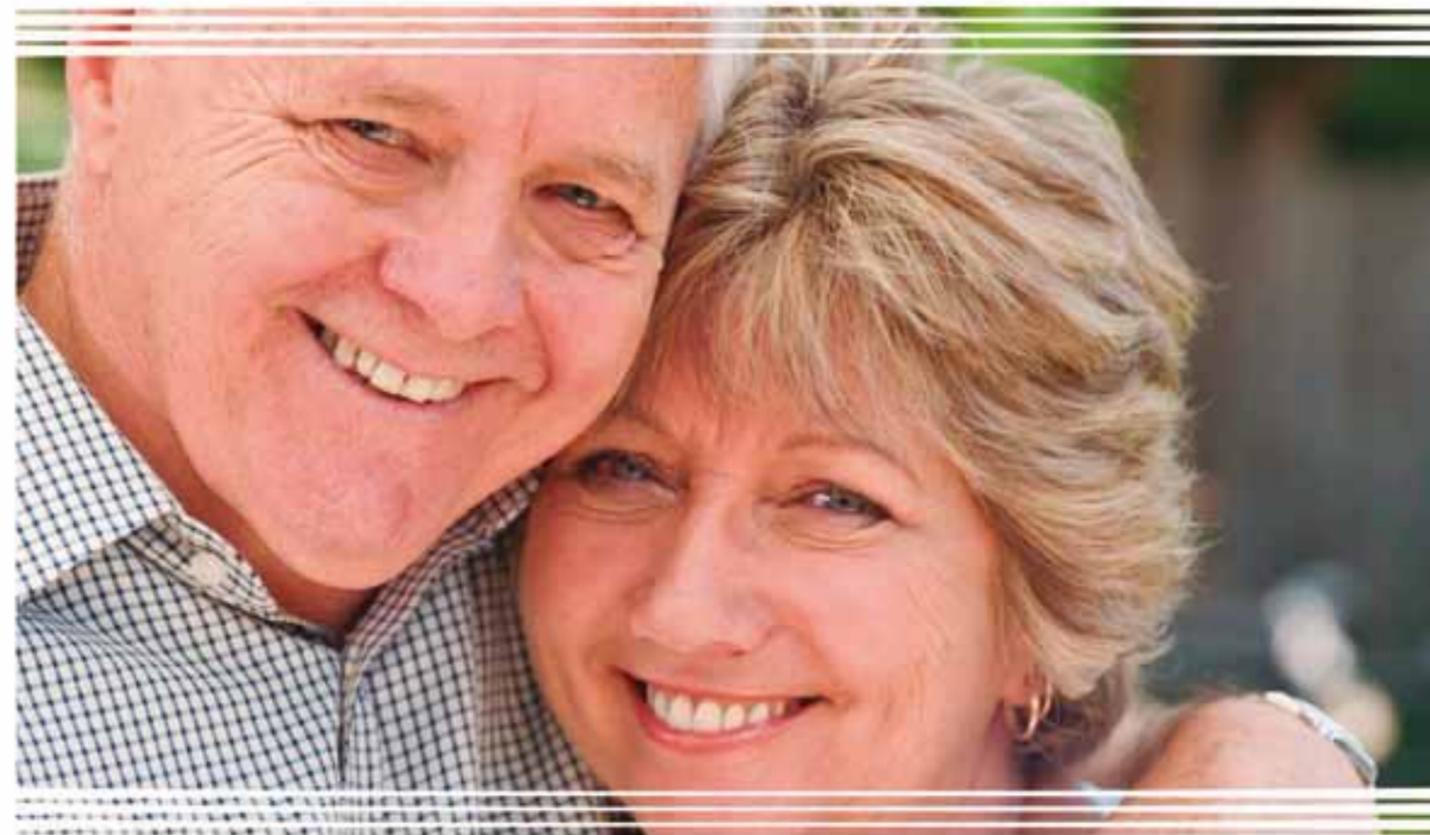
J.M.C.M.: En el momento actual, en que por parte del Gobierno se intenta hacer una nueva regulación de los colegios profesionales, resulta curioso que se mantenga (con el permiso de los Ministerios de Economía y Hacienda), la colegiación obligatoria en los Colegios Sanitarios.

En estos tiempos de absoluta liberalización, pocas son las armas que

SEGER

XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERODONTOLOGÍA

Barcelona 2014 | 5,6,7 de Junio



Odontología geriátrica: Ellos hoy, nosotros mañana

facebook.com/Segeer2014

www.seger2014.com



“ *El Colegio ha lanzado a finales de marzo una campaña de sensibilización ciudadana.* ”

legalmente le quedan a los Colegios.

Sin embargo, el poder de los Colegios saldría reforzado si las diferentes administraciones delegaran competencias en nuestras corporaciones, porque nadie mejor que los Colegios conoce la realidad profesional, y nuestra intervención facilitaría sobremedida la tramitación de las autorizaciones de apertura, o sobre todo el visado de la publicidad sanitaria, para evitar los excesivos supuestos de publicidad que llama a engaño a los ciudadanos....y eso que estamos hablando de salud. Y sobre todo sería mucho más eficaz.

No se debe olvidar la formación continuada, la que se presta desde la Fundación Dental Española y la que se organiza desde el propio Colegio, para mantener actualizados los conocimientos y las nuevas técnicas.

ODH: *Desde su punto de vista, ¿disfruta de “buena salud” el sector de la odontología en España o necesita “mejorar” algunas constantes?*

J.M.C.M.: Este sector sufre, como el resto de la ciudadanía, la crisis económica. Pero considero que mediante una correcta práctica profesional, evitando entrar en las guerras de precios para atraer a los pacientes, pues es obvio que a la larga les perjudican, así como una veraz información, acudiendo a las diferentes actividades formativas que se organizan desde los Colegios, el sector capeará el temporal.

ODH: *¿Cuáles son los proyectos que está impulsando el CODE en estos momentos?*

J.M.C.M.: Aparte de las actuaciones habituales, el Colegio ha lanzado a finales de marzo de 2014 una campaña de sensibilización ciudadana que bajo el lema “CON LA SALUD DE TU BOCA NO SE JUEGA. MEJOR NO PIQUES”,

en la que queremos alertar contra esos reclamos (porcentajes de descuento, tratamientos o prestaciones gratuitas, etc.) que hacen determinadas empresas o franquicias, movidas por criterios meramente económicos, que no sanitarios, y que mueven a muchos ciudadanos a realizarse tratamientos muchas veces ineficaces o innecesarios.

ODH: *¿Qué incidencia ha sido la más frecuente en el último año?*

J.M.C.M.: Sin lugar a dudas, la petición de colegiados de información sobre aspectos administrativos y, últimamente, las quejas de los ciudadanos contra las entidades a las que antes me refería.

ODH: *¿Los dentistas saben gestionar la parte de negocio que conlleva una clínica?*

J.M.C.M.: Esta es una asignatura pendiente por parte del colectivo, sobre todo lo relativo a la documentación clínica.

A través de diferentes charlas, desde el Colegio se hace hincapié en que la buena práctica profesional debe incluir también la adecuada información al paciente, con una historia clínica correcta y completa, la emisión de las nuevas recetas, la adecuada prescripción de la prótesis dental, el desglose en las facturas, etc.

Creo que, se debe persistir en hacer cursos específicos de gestión de clínica dental.

ODH: *Desde la oficina colegial se viven las alegrías y las tristezas del día a día de los colegiados, ¿qué anécdotas nos puede contar después de tanto tiempo?*

J.M.C.M.: La verdad es que me ha pasado de casi todo: desde tener que acudir a la clínica de un colegiado, junto con la Policía, porque un paciente no se quería levantar del sillón, pasando por las explicaciones que te cuentan los pacientes cuando acuden a presentar las quejas (pedorrea por piorrea, anodoncia por endodoncia o aquella señora que decía que una obturación le producía sensaciones inenarrables al tener relaciones sexuales).

Me da mucha rabia, especialmente, la poca información que los recién licenciados tienen de las condiciones laborales para la práctica profesional.

También es muy triste hablar con algunos colegiados de cierta edad que no pueden mantener los costes fijos de sus consultas, después de 25 ó 30 años de ejercicio profesional.

ODH: *Siempre se ha dicho que el colegiado que más quiere al colegio es el que le ha necesitado por problemas. ¿lo ve usted así?*

J.M.C.M.: Lo cierto es que la inmensa mayoría de los colegiados se fían del Colegio cuando se les hace algún tipo de sugerencia.

Y los que pueden tener una opinión crítica del Colegio, cuando precisan de nuestros servicios, comprueban que la corporación presta unos servicios de calidad y que les son de mucha utilidad (asesoramiento, defensa jurídica, reclamación de honorarios, etc.)

ODH: *¿Cómo son las relaciones entre las personas que trabajan en los distintos colegios?*

J.M.C.M.: Como he indicado antes, son de extrema utilidad las reuniones informativas que organiza el Consejo General para unificar criterios y podemos comprobar en las mismas que la problemática es común. En esas reuniones siempre afloran nuevas ideas que facilitan la actividad diaria. Y siempre es grato tratar con los compañeros y amigos del resto de los Colegios.

Quiero destacar que el personal del Consejo General está siempre dispuesto a colaborar con el resto de compañeros de los Colegios, con los que tenemos siempre un apoyo imprescindible.

Para terminar, sería injusto no hacer una mención expresa de gratitud a mis compañeras del Colegio; son ellas las que, día a día, atienden a los colegiados en todo lo que precisan, sin perder la sonrisa, con una dedicación de la que podemos estar orgullosos. Beatriz, la Oficial Administrativa (con la que llevo trabajando ya 23 años y es la autora de las fotos que ilustran la entrevista), Soraya y Ana, son fundamentales para la buena marcha del Colegio ●



Bulimia nerviosa: características clínicas orales y diagnóstico

AUTORES

INMACULADA GONZÁLEZ

MASTER UNIVERSITARIO ODONTOLÓGIA INTEGRADA

FRANCISCO GARCÍA GÓMEZ

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS, MADRID

En la actualidad los trastornos alimentarios cada vez están más presentes en nuestra sociedad debido a un excesivo culto a la imagen y a la delgadez. Se trata de graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta y de trastornos psicológicos, que afectan diez veces más a mujeres que a hombres, en especial en etapas adolescentes.

La EDA (Eating Disorders Assotiation) define los desórdenes alimentarios como “una expresión externa de problemas psicológicos y emocionales profundos, cuyos pacientes tienen a la comida como medio de expresión de sus dificultades”⁽⁴⁾.

Debido a los efectos a nivel oral, los profesionales de la odontología tienen a menudo la oportunidad de ser los primeros en detectar signos de alarma. Es por ello que resulta de vital importancia el conocimiento de su etiopatogenia, epidemiológica, criterios diagnósticos, manifestaciones orales, prevención y tratamiento, a fin de conseguir un pronóstico más favorable de la enfermedad.

La bulimia nerviosa fue descrita por primera vez en 1979 por Gerald Russell⁽²⁾. Es un trastorno severo de la conducta alimentaria que afecta casi siempre a mujeres, caracterizado por episodios recurrentes de ingesta compulsiva. La mayoría de las mujeres que la presentan tienen un peso normal y la edad en que generalmente aparece es alrededor de los 17 a 24 años. Al tratarse frecuentemente de un comportamiento secreto y dado que físicamente la apariencia es normal, a diferencia de la anorexia, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

Existen dos tipos de bulimia: subtipo purgativo, la paciente autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso y compensar así las grandes ingestas. Subtipo no purgativo, la paciente usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o ejercicio físico sin provocar el vómito.

La prevalencia de la bulimia nerviosa en la población general es baja (0.5% al 1%)⁽³⁾, pero junto con la anorexia nerviosa es una de las más graves enfermedades que afectan a mujeres adultas jóvenes⁴. Tres de cada cien mujeres padecen crisis de bulimia en algún momento de sus vidas, la incidencia varía, según los autores, del 19 al 35% en adolescentes escolarizadas.^(5,6)

CARACTERÍSTICAS, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Los criterios diagnósticos más difundidos de Bulimia Nerviosa proceden del DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders)¹. De acuerdo a los mismos, la bulimia nerviosa presenta las siguientes características clínicas:

- Estos pacientes presentan episodios recurrentes de compulsión alimentaria caracterizados por comer en un periodo discreto de tiempo (en unas dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mucho mayor a lo que cualquier persona podría comer en el mismo lapso de tiempo y en circunstancias similares. En este tiempo récord la persona puede llegar a engullir a escondidas más de 5000 calorías; los alimentos predilectos son precisamente aquellos considerados “prohibidos”, sobre todo dulces. Durante estos episodios recurrentes que ocurren en un promedio de por lo menos dos veces por semana durante tres meses, la sensación que experimentan estos pacientes es de total falta de control, no pueden parar de comer e incluso niegan la evidencia del problema cuando son sorprendidos en pleno atracón.

- Abusan en exceso de los edulcorantes, diuréticos y laxantes, procuran no concurrir a reuniones para evitar cualquier tipo de ingesta, consumen indiscriminadamente chicles, suelen ayunar, almacenan alimentos en distintos lugares con el fin de utilizarlos en las convulsiones alimentarias, tienen una verdadera obsesión por el control

del peso y terror a engordar y cómo no, en el subtipo purgativo, visitan el baño después de comer para autoinducir el vómito ayudándose de los dedos (en estos casos es característico el signo de Russell, durezas en el dorso de los dedos y manos),

“*La frecuencia de vómitos causa un ambiente oral ácido y cambia la cantidad de saliva, como resultado se daña el esmalte y la dentina.*”

con cucharas o con cepillos dentales. Las complicaciones orales incluyen la erosión de las superficies dentales linguales de los dientes, sensibilidad dentinaria, xerostomía, caries dental, enfermedad periodontal, hipertrofia de las glándulas salivales, y mala higiene oral.⁽⁷⁾

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un conjunto de problemas clínicos severos que envuelve a los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular, estructuras articulares aso-

ciadas colectivo o ambas. El síntoma más común es el dolor, que puede ser espontáneo y es normalmente agravado en la masticación, al morder, bostezar e incluso al hablar. También pueden incluirse alteraciones de los movimientos mandibulares, como desviación de la mandíbula en el momento de la apertura o una limitación de la apertura y presencia de clics y crepitaciones en la ATM.

Los factores emocionales y psicológicos acompañan o agravan los desórdenes temporomandibulares. La identificación de las causas que conducen a los desórdenes temporomandibulares es todavía incompleta. Al parecer, se trata de un fenómeno multifactorial, involucra factores centrales, así como los factores que predisponen a la iniciación, y los factores de perpetuación, locales y sistémicos, factores que contribuyen a la actividad parafuncional.^(8,9,10)

La frecuencia de vómitos causa un ambiente oral ácido y cambia la cantidad de saliva, como resultado se daña la superficie del esmalte y la dentina, provocando erosión dental.

En estadios iniciales, aparecen afectadas las superficies palatinas y oclusales de los dientes del maxilar superior¹¹. El desgaste de los dientes anteriores del maxilar superior es progresivamente mayor. Los dientes posteriores del maxilar superior se afectan más que los dientes poste-



riores mandibulares, en particular la cara palatina. Los dientes anteriores inferiores no están afectados. Cuando existen restauraciones en las caras oclusales, ya sean amalgama de plata, selladores o resina compuesta, éstas aparecen como “islas” alrededor de la superficie oclusal erosionada.

Estos pacientes sufren a menudo falta de sueño, tensión y estrés y están frecuentemente con tratamiento antidepresivo. Todos estos factores fomentan la aparición de bruxismo¹³. La combinación de la erosión química de la superficie de los dientes y la atrición causada por el bruxismo tienen un efecto perjudicial sobre los tejidos dentales.⁽¹⁴⁾

“La xerostomía puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales.”

En un estudio comparativo realizado en 2008, por Emodi-Perlman, encontraron diferencias significativas entre el grupo de mujeres con desorden alimentario y el grupo control (mujeres sanas). También, mostraron mayor sensibilidad a la palpación de los músculos masticatorios superficiales. Esto puede ser debido a la potente fuerza masticatoria que muestran^(16,17). O el resultado de la influencia del sistema nervioso autónomo, que justifica la coexistencia de dolor crónico en la población con desorden alimentario.

Estos pacientes tienen frecuentemente problemas emocionales y psicológicos. La relación entre el bruxismo y el estrés psicológico es controvertida⁽²⁰⁾, con un incremento de la evidencia hacia una posible relación entre el bruxismo y los factores psicológicos.

Cuando la actividad parafuncional excede la tolerancia fisiológica de cada individuo, el sistema estomatognático se desequilibra, y se afecta la dentición, los músculos y la articulación. La prevalencia de los hábitos orales y su asociación con signos y síntomas de disfunción temporomandibular ya han sido reportados.

La frecuencia de vómitos es considerada un microtrauma que puede

llegar a ser macrotrauma, ya que es algo extremo, rápido y con una apertura de boca exagerada.

Aparentemente, al vomitar se afectan tanto músculos masticatorios como tendones, provocando el desarrollo de síntomas miofaciales y dolor facial, seguido de desórdenes temporomandibulares.

Como se ha mencionado anteriormente, el abuso en la ingesta de carbohidratos es frecuente en los pacientes bulímicos. Dicha ingesta asociada a una deficiencia en la higiene oral, aumenta la prevalencia de caries dental. El uso de medicamentos prescritos en estos pacientes, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, entre otras, contribuyen a la existencia de cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos.^(11,22)

Además, pueden existir grados variables de xerostomías asociadas a la deshidratación, producida por la pérdida de líquidos ocasionada por el vómito, estados permanentes de ansiedad y secundarios a la medicación depresora del sistema nervioso central, lo que contribuye a una mayor presencia y acumulo de placa bacteriana.⁽²³⁾

La presencia de xerostomía es definida como la sensación de boca seca, debido al decremento en la cantidad de la saliva en la boca. Esto puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental e infecciones orales y malnutrición.^(11,24,25)

La xerostomía también puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección o efecto colateral de medicación.

Existe la hipótesis de que los pacientes con bulimia pueden albergar alta proporción de organismos acidúricos en la saliva debido a la regurgitación ácida.⁽²⁶⁾

Alta prevalencia de microbios salivales incluyendo Streptococcus (S. mutans), S. sobrinus, los lactobacilos y hongos han sido reportados en pacientes con bulimia que aquellos sin bulimia⁽²⁶⁾. Un aumento en la saliva de la colonización de S. sobrinus puede ser un marcador de una historia de vómitos en pacientes con bulimia.

Labios secos y/o agrietados, sensación de ardor en la boca (sobre todo en la lengua) y la hipertrofia de la

glándula parótida se han reportado ser significativamente más frecuente en pacientes con trastorno alimentario, en comparación con los individuos sanos.⁽²⁷⁾

Esto refleja un efecto negativo en las glándulas salivales, posiblemente causados por vómitos frecuentes o hambre, que dio lugar a la hipo salivación.

El abultamiento en la parte delantera de la oreja y en la región anatómica de la glándula parótida y, ocasionalmente, la glándula submandibular es bien reconocido en pacientes con bulimia^(27,28); Sin embargo, el secreto de que los pacientes con bulimia ocultan sus hábitos de vomitar pueden complicar el diagnóstico de la hipertrofia parotídea asociado. Se ha informado que los cálculos salivales y las tasas de flujo salival en reposo reducido, más a menudo se observan en pacientes con bulimia en comparación con pacientes sanos.⁽²⁹⁾

La incidencia de edema de la parótida se ha estimado entre 10 % y 66 % y pueden ser uni - o bilateral.⁽³⁰⁾ Sin embargo, también se han reportado resultados controvertidos.⁽³¹⁾

La deficiencia de vitaminas ha sido reportada de poner en peligro la salud periodontal.⁽³²⁾ Se ha sugerido que la avitaminosis-C en pacientes con trastorno alimentario puede jugar un papel agravante en la enfermedad periodontal en estos individuos.⁽³²⁾ Deficiencia de vitamina - C severa se ha asociado con el desarrollo de un síndrome llamado “periodontal gingivitis scorbutic”, que se caracteriza por el rápido desarrollo de la bolsa periodontal y gingivitis ulcerosa. Algunos estudios⁽³³⁾ han investigado los mecanismos que pueden estar asociados con alteraciones en el estado periodontal en pacientes con trastorno alimentario.

La vitamina - D juega un papel esencial en la inmunidad hueso y médula ósea⁽³⁴⁾, por lo tanto, es tentador especular que la deficiencia de vitamina D (deficiencia de vitamina D) en pacientes con trastorno alimentario puede poner en peligro el aparato periodontal, incluyendo el hueso alveolar.

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



WWW.EDUCATIODENTALCONGRESS.COM

SOLICITE INFORMACIÓN
INFO@EDUCATIODENTALCONGRESS.COM

91 856 99 75

667 73 84 59

CALIDAD, 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.

CONCLUSIONES

La detección e intervención temprana juegan un papel clave en la recuperación de los trastornos alimentarios. Los odontólogos son fundamentales en el proceso de recuperación, ya que son, con frecuencia, los primeros profesionales de la salud en identificar signos y los síntomas de los trastornos alimentarios. Las manifestaciones orales son reconocibles y siguen patrones consistentes. Sin embargo, es importante señalar que el tipo de erosión se debe diferenciar de otros tipos de erosión y procesos que no están relacionados con los comportamientos asociados con los trastornos alimentarios.

En consecuencia, los profesionales de salud oral deben estar bien informados y capacitados para evaluar los signos y síntomas de estos pacientes. Saber establecer las medidas preventivas oportunas y las distintas alternativas del tratamiento restaurador •

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed) Washington:APA,1994
2. Russell GFM. Bulimia nerviosa: an anonymous variant of anorexia nervosa. Psychol Med 1979;9:429-48
3. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, ed 8. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1998:720-736.
4. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006;19:389-94.
5. Hugo PJ, Lacey JH. Eating disorders, diagnosis and management. Primary Care Psych 1996;2:87-100
6. Cooper PJ, Fairburn CG. Binge-eating and self-induced vomiting in the community: a preliminary study. Br J Psychiatry 1983;142:139-44
7. Lusso LL, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Muzio LL. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. Oral Diseases 2008;14:479-484
8. Okeson JP (ed). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, ed 5. St Louis, MO: Mosby, 2003:159-189.
9. Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of TMD in adolescent girls. J Oral Rehabil 2000;27:22-32.
10. Winocur E, Gavish A, Finkelstein T, Gazit E. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. J Oral Rehabil 2001;28:624-629.
11. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. Appetite 2012;59:499-504
12. Gandara BK, Truelove EL. Diagnosis and management of dental erosion. J Comp Dent Pract 1999;1(1):1-17
13. Winocur E, Gavish A, Voicobich M, Emodi-Perlman A, Eli I. Effects of drugs on bruxism: A critical review. J Orofac Pain 2003;17:99-111.
14. Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. Acta Odontol Scand 1998;56:36-40.
15. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. J Orofac Pain. 2008;22(3):201-8.
16. Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of TMD in adolescent girls. J Oral Rehabil 2000;27:22-32.
17. Winocur E, Littner D, Adams I, Gavish A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: A gender comparison. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;102:482-487.
18. Okeson JP (ed). Bell's Orofacial Pains, ed 6. Chicago: Quintessence, 2005:344,539.
19. Goldberg MB, Katzman DK, Woodsde DB, Baker GI. Do eating disorders and chronic facial pain coexist? A preliminary study. J Can Dent Assoc 2006;72:51.
20. Lobbezoo F, Naeije M. Review: Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil 2001;28:1085-1091.
21. Okeson JP (ed). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, ed 5. St Louis, MO: Mosby, 2003:159-189.
22. Curzon MEJ, Hefferren JJ. Modern methods for assessing the cariogenic and erosive potential of foods. Br Dent J 2001;191:41-46
23. Mendell DA, Logemann JA. Bulimia y swallowing: cause for concern. Int J Eat Disord 2001;30(3):252-8
24. Dynesen AW 1, Bardow A, B Petersson, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;106(5):696-707
25. Lo Russo Li, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. Oral Dis. 2008;14(6):479-84
26. Bretz, W. A., Krahn, D. D., Drewnowski, A., & Loesehe, W. J. Salivary levels of putative cariogenic organisms in patients with eating disorders. Oral Microbiology and Immunology 1989;4(4):230-232
27. Johansson, A. K., Norring, C., Unell, L., & Johansson, A. Eating disorders and oral health, a matched case-control study. European Journal of Oral Sciences, 2012;120(1): 61-68.
28. Buchanan, J. A., & Fortune, F. Bilateral parotid enlargement as a presenting feature of bulimia nervosa in a post-adolescent male. Postgraduate Medical Journal, 1994;70(819):27-30.
29. Riad, M., Barton, J. R., Wilson, J. A., Freeman, C. P., & Maran, A. G. Parotid salivary secretory pattern in bulimia nervosa. Acta Otolaryngologica, 1991;111(2):392-395.
30. Coleman, H., Altini, M., Naylor, S., & Richards, A. Sialadenosis, a presenting sign in bulimia. Head and Neck, 1998;20(8):758-762
31. Price, C., Schmidt, M. A., Adam, E. J., & Lacey, H. Parotid gland enlargement in eating disorders, an insensitive sign? Eating and Weight Disorders, EWD, 2008;13(4): 79-83
32. Hamilton, J. Eating disorders, the untold story. CDS Review, 1996;89(4): 10-18.
33. Alfano, M. C., Miller, S., & Drummond, J. F. Effect of ascorbic acid deficiency on the permeability and collagen biosynthesis of oral mucosal epithelium. Annals of New York Academy of Sciences, 1975;258: 253-263.
34. Bashutski, J. D., Eber, R. M., Kinney, J. S., Benavides, E., Maitra, S., Braun, T. M., et al. The impact of vitamin D status on periodontal surgery outcomes. Journal of Dental Research, 2011;90(8):1007-1012.



Grabar o no grabar?
Esa ya no será nunca más la cuestión.

OFERTA DE LANZAMIENTO
Compre un frasco de 4 ml. y reciba
sin cargo ni compromiso
otro de 2,5 ml.

¡NUEVO!

xeno[®] Select

Adhesivo para grabado total y auto-grabado

- Aplicable con todas las técnicas de grabado
- Alta seguridad de aplicación en dentina seca y húmeda¹
- No más sensibilidad post-operatoria¹
- Tiempo de trabajo de 30 minutos en CliXdishTM cerrado



Para una odontología mejor

DENTSPLY

Para más información, visite www.dentsply.es, llame al teléfono de Atención al Cliente 900 878 765, o contacte con su asesor Dentsply DeTrey.

LUNA MORÁN, MANUEL

MÉDICO-ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOS HERMANAS (SEVILLA)

MARCHENA RODRÍGUEZ, LETICIA

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CRUZ RODRÍGUEZ, DANIEL

MÉDICO-ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOS HERMANAS (SEVILLA)

FERNÁNDEZ ORTEGA, CARLOS M^º

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Odontoma compuesto:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN CASO CLÍNICO EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA

Los odontomas son tumores odontogénicos benignos de los maxilares, asociados con frecuencia a la retención dentaria, suelen tener un comportamiento indoloro; diagnosticándose en radiografía de rutina. Son tumores odontogénicos benignos mixtos, de origen ectodérmico y mesodérmico, por lo que es esencial que el odontólogo reconozca sus características clínicas para poder realizar el procedimiento quirúrgico indicado. El caso que nos ocupa es un paciente de 12 años de edad, con un odontoma compuesto asociado a una inclusión del 2.3, que fue removido quirúrgicamente.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son malformaciones tumorales caracterizadas por la formación de tejidos dentarios duros maduros; lesión habitualmente hamartomatosa, en la que se conjugan elementos epiteliales y mesenquimales que muestran una diferenciación completa con formación de esmalte, dentina, cemento y pulpar. Son los tumores odontogénicos más frecuentes, representan casi el 70% y aparecen en las dos primeras décadas de la vida.^(1,2)

El término odontoma fue introducido en 1877 por Broca.⁽³⁾ El odontoma constituye una anomalía del desarrollo en la cual las células y los tejidos son normales pero la estructura es defectuosa, debido a que la organización de las células odontogénicas no pueden alcanzar un estado normal de morfodiferenciación.⁽⁴⁾

ETIOLOGÍA

La etiología del odontoma se desconoce, se ha sugerido que el traumatismo local, infecciones o mutaciones genéticas pueden llegar a originar dicha lesión.^(5,6,7)

Existen teorías que apoyan el hecho de que estas lesiones son el resultado de la protrusión de células

epiteliales odontogénicas suplementarias procedentes de la lámina dental⁽⁸⁾; así como también la Teoría de Malassez que explica el desarrollo a expensas de los restos paradentarios, y la teoría Rywkind, que considera una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis.⁽⁹⁾

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1992 clasifica los odontomas en compuestos y complejos; teniendo en cuenta para ello la Organización y el grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas.⁽¹⁰⁾

ODONTOMA COMPUESTO

Muestra una aglomeración de numerosos elementos calcificados (denticulos), formados por esmalte, dentina, cemento y pulpa en forma reconocible de dientes.

ODONTOMA COMPUESTO

Formaciones irregulares de material calcificado constituido por esmalte, dentina y cemento junto al tejido conectivo pulpar.^(5,11)

CLÍNICA

Respecto a la localización, se localizan más frecuentemente en maxilar que en mandíbula. El 61% de los

odontomas compuestos aparecen en la porción anterior del maxilar frente al 34% de los complejos, que aparecen más en la región molar.⁽¹²⁾ Existe una ligera predilección por el sexo masculino.^(13,14,15)

Suelen ser pequeños (de 10 a 15 mm) y mínimamente agresivos, sólo en raras ocasiones provocan deformidad manifiesta con expansión ósea. Son asintomáticos y se relacionan con un diente no erupcionado.⁽¹⁶⁾

COMPLICACIONES

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque puede aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios⁽¹⁷⁾ incisivos impactados⁽¹⁸⁾, caninos impactados⁽¹⁹⁾, molares impactados^(20,21) asociados a una Angina de Ludwig⁽²²⁾, inflamación e infección^(23,24), obstrucción nasal⁽²⁵⁾, síndrome otodental⁽²⁶⁾, algunas variantes mixtas como los ameloblásticos pueden convertirse en malignos.^(27,28)

Radiográficamente, en el odontoma compuesto se observan sobre las coronas de los dientes no erupcionados o entre las raíces de los dientes erupcionados. Suelen ser lesiones uniloculares con pequeñas radiopacida-

des que representan dientes más o menos formados y cuyo número varía de 3 ó 4.⁽²⁹⁾

En el odontoma complejo se observa una imagen radiopaca densa e irregular, que semeja una osteoesclerosis, con algún nódulo, rodeado de un fino borde radiolúcido. Se observan en la parte posterior de la mandíbula, sobre dientes impactados, pudiendo alcanzar un tamaño de varios centímetros, son lesiones uniloculares.

Histológicamente, los odontomas los podemos encontrar solos y/o asociados a otros tumores odontogénicos como ameloblastoma, fibroblastoma ameloblástico, odontameloblastoma, tumor epitelial odontogénico calcificante, tumor odontogénico adenomatoide⁽³⁰⁾ quistes dentígenos⁽³¹⁾ y presencia de células fantasmas.⁽³²⁾

En el odontoma compuesto se observa el esmalte, la dentina, el cemento y el tejido pulpar de las estructuras análogas a los dientes y cada una está separada por una fina capa de tejido conjuntivo folicular; el odontoma complejo está formado por una masa desorganizada de esmalte, dentina y pulpa, sin imágenes de dientes reconocibles.

Las dos formas pueden contener epitelio reducido del esmalte, ameloblastos secretores y odontoblastos funcionales. En el tejido conjuntivo circulante hay islotes de residuos odontogénicos y calcificaciones esféricas.⁽³³⁾

DIAGNÓSTICO

Algunas veces son unos hallazgos radiográficos que se confirman con un estudio histológico. Es recomendable hacer una Tomografía axial computerizada de Haz Cónico, para realizar una mejor ubicación dentro de la arquitectura esquelética.^(18,34)

OBJETIVO GENERAL

Saber que cualquier diente retenido puede asociarse a la presencia de un odontoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Scopus, insertando palabras clave como "Odontoma compuesto, odontoma complejo, ca-

nino retenido, cirugía, tumor odontogénico", seleccionando artículos de los últimos 15 años.

A propósito del caso clínico que nos ocupa se realizó un estudio radiográfico con radiografía panorámica "ortopantomografía", y TAC para diagnosticar y localizar anatómicamente el problema causante de la no erupción del canino retenido.

Se utilizan los elementos de protección, según normas vigentes

Se realizó un estudio histopatológico del odontoma para confirmar el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 12 años de edad que acude a la consulta del Centro de Salud de San Hilario (Dos Hermanas, Sevilla) acompañado de su madre, para una revisión de salud bucodental; observando que el cuadrante superior izquierdo persiste el canino temporal y no ha erupcionado el 23, mientras que en el cuadrante superior derecho sí ha erupcionado el canino permanente. Prescribimos una ortopantomografía para apreciar el por qué no erupciona el 23 en boca. Tras valorar la ortopantomografía observamos la presencia en el sector anterosuperior izquierdo, una imagen mixta con múltiples radiopacidades, la persistencia del canino temporal y el sucesor canino permanente retenido.

Se observa una imagen radiográfica con múltiples radiopacidades que adoptan una configuración similar a dientes (denticulos) rodeados por un halo radiolúcido, semejante a un premolar superior.

Para una mejor visualización del hueso alveolar, prescribimos un TAC, donde apreciamos mejor la lesión de estructura mixta con bordes radiopacos, compatible con un odontoma compuesto.

Realizados todos los estudios se concluye en un diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto y se decide su remoción quirúrgica tanto del canino temporal y el odontoma compuesto.

Planificamos el caso y decidimos intervenirlo quirúrgicamente para eliminar el posible odontoma que



FIGURA 1

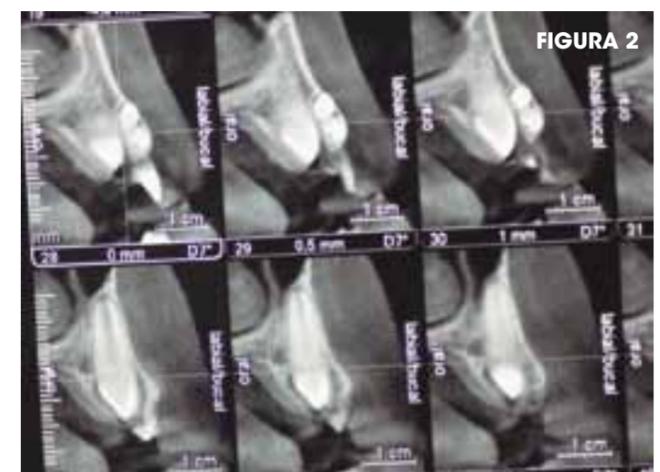
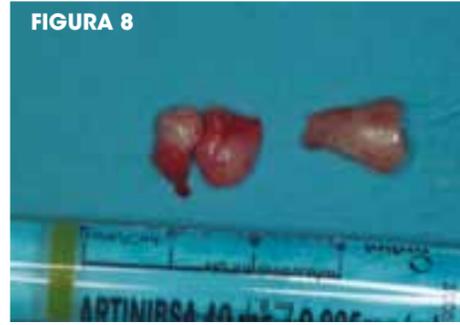
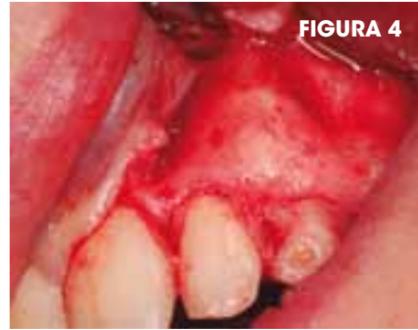


FIGURA 2



DISCUSIÓN

Indiscutiblemente que en la atención integral del paciente odontopediátrico, la valoración clínica y la utilización de los diversos medios de diagnóstico (Rx, TAC, Estudio Anatomía- Patológico) es de utilidad; aunque algunos signos clínicos conllevan a la sospecha de la presencia de un odontoma; definitivamente el hallazgo radiográfico termina por corroborar el diagnóstico presuntivo emitido con anterioridad.

A pesar de su naturaleza benigna, una vez que se diagnostica la lesión, el odontoma debe ser removido completamente (extirpación quirúrgica), debido a las complicaciones asociadas (retenciones dentarias, destrucción ósea, formación de quistes), evitando así la generación de posibles secuelas y la aparición de recurrencias.

El odontoma compuesto suele presentarse con mayor incidencia en la región anterior incisiva-canina del maxilar. Esta localización coincide con el caso clínico presentado y se puede establecer que la radiografía panorámica es una herramienta muy útil para contribuir en el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, ya que son típicos sus hallazgos radiográficos.

Con este caso se demuestra la importancia de hacer un diagnóstico adecuado ante este tipo de afección, así como la corroboración histopatológica para la reducción del caso clínico mediante su enucleación quirúrgica. (35,36)

impide la erupción del 23. Inicialmente aplicamos anestesia articaina (tipo amida) 2 carpules con aguja para anestesia infiltrativa desde el sector más posterior al más anterior. Realizamos una incisión tipo Newman con descargas verticales de espesor total desde el 22 al 24, utilizando bisturí nº3, hoja 15. Para el despegamiento nos ayudamos de un periostotomo y una vez hecho el despegamiento mucoperióstico, con una fresa redonda y pieza de mano hacemos una ostectomía del hueso cortical; contando siempre con la ayuda de un separador de Minesota para separar el campo de actuación, eliminamos el odontoma con un botador recto y cureteamos el lecho quirúrgico.

Introducimos dentro de la enucleación gelatam en esponjas, y aproximamos el tejido mucoperióstico del despegamiento mediante sutura de hilo 000.

Prescribimos amoxicilina 500mgr 1/8 7 días y Dexametasona 1mgr 1/8 horas durante 2 días. Se le cita para control a la semana y posterior controles cada 6 meses.

Fig.1. Ortopantomografía de diagnóstico para apreciar la inclusión del 2.3 y la presencia de un odontoma asociado por vestibular.

Fig.2. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de Haz Cónico que nos indica la posición exacta del odontoma compuesto.

Fig.3 Exploración bucodental donde se visualiza la presencia del canino temporal 6.3 y la inclusión del canino permanente 2.3.

Fig.3. Despegamiento mucoperióstico de colgajo de espesor total, donde aparece el hueso cortical asociado al canino retenido 2.3.

Fig.4. Presencia del odontoma compuesto.

Fig. 5. Ostectomía de hueso cortical asociado al odontoma compuesto.

Fig.6. Relleno de la enucleación con gelatam.

Fig.7. Aproximación de colgajo mucoperióstico de espesor total con puntos de sutura simple con puntos no reabsorbibles de 3/0.

Fig.8. Fragmento extraído de la lesión, con forma característica de estructura dentaria junto con la exodoncia del canino temporal 6.3.

CONCLUSIONES

Los odontomas representan las lesiones tumorales benignas y asintomáticas de origen odontogénico más comunes, por lo que su valoración clínica y radiográfica es de suma importancia para el diagnóstico precoz de estas lesiones, en función de orientar y planificar pautas de tratamiento oportunas.

En el caso que nos ocupa, se evidenció que la ausencia de una pieza dentaria permanente en boca, así como la presencia prolongado de un

diente temporal, ya en época de haberse exfoliado, son signos relevantes a la hora de realizar el examen clínico bucal.

En consecuencia, su diagnóstico y tratamiento oportuno garantizan la inexistencia de posibles secuelas y la no aparición de recurrencias ●

BIBLIOGRAFÍA

- Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Küstner E, Blanco Carrión A, et al. Medicina Bucal Práctica. Ed Danú. 2000
- Sales MA, Cavalcanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. Dentomaxillofac Radiol. 2009;38:48-52.
- Vázquez DJ, Gandini PC, Carbajal EE. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. Av Odontostomatol. 2008;24(5):218-21.
- Iwamoto O, Harada H, Kusukawa J et al. Multiple odontomas of the mandible: a case report. J Oral Maxillofac Surg. 1999;57:338-341.
- Hidalgo O, Leco MI, Martínez JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(11): E730-4.
- Dagistan S, Goregen M, Miloglu Ö. Compound Odontoma associated with maxillary impacted permanent central incisor tooth: A case report. The Internet Journal of Dental Science. 2007;5(2).
- Mursulí M, Pestana O, Carmona S et al. Odontoma compuesto: presentación de caso. Gaceta Médica Espirituana. 2005;7(2):
- Crespo J, Ruiz M, Delgado M et al. Odontoma compuesto como causa de sinusitis maxilar crónica. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59:359-361.
- Márquez E, Rivas R, Delis R. Tumores de dientes múltiples. Presentación de tres pacientes. 2001
- Da Costa C, Torriani D, Torriani M, Da Silva R. Central incisor impacted by an odontoma. J Contemp Dent Pract. 2008;9(6):122-8.
- Jordan RCK, Speight PM. Current concepts of odontogenic tumors. Diagnostic Histopathol 2009;15:303-310.
- Aguirre JM, Caballero R. Diagnóstico diferencial de las lesiones radiotransparentes, radiolúcidas y mixtas de los maxilares. En: Bagán, Ceballos, Bermejo, Aguirre, Peñarocha. Medicina Oral. Ed. Masson. Barcelona. 1995:685-714. Ariyoshi Y., Shimahara M., Mesenchymal. Condrosarcoma of the maxilla: a case report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 1999.
- Ragalli CC, Ferreria JL, Blasco L. Large erupting complex odontoma. Int J Oral Maxillofac Surg. 2000;29:373-4.
- Amado S, Gargallo J, Berini L, Gay C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. Med Oral 2003;8:366-73.
- Duvegneaud S, Tant L, Loeb I, Kaumpuridis S, Dargent JL, Gomez Galdon M, Vilbi M, Van Reck J. Mandibular ameloblastic fibro-odontoma: case report. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004 Sep; 105(4):223-6.
- Leem TH, Kingdom TT. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(6):667-668.
- Crincoli V, Scivetti M, Di Bisceglie MB, Lucchese A, Favia G. Odontoma: retrospective study and confocal laser scanning microscope analysis of 52 cases. Minerva Stomatol. 2007;56(11-12):611-20.
- Johnson J, Whaites EJ, Sheehy EC. The use of multidirectional cross-sectional tomography for localizing an odontome. Int J Paediatr Dent. 2007;17(2):129-133.
- Bantra P, Duggal R, Kharbanda OP, Parkash H. Orthodontic treatment of impacted anterior teeth due to odontomas: a report of two cases. J Clin Pediatr Dent. 2004;28(4):289-294.
- Mehra P, Singh H. Complex composite odontoma associated with impacted tooth: A case report. NY State Dent J. 2007;73(2):38-40.
- Motamedi MH. Removal of a complex odontoma associated with an impacted third molar. Dent Today. 2008 Apr; 27(4):76,78-9.
- Bertolai R, Acoella A, Sacco R, Agostini T. Submandibular cellulitis (Ludwig's angina) associated to a complex odontoma erupted into the oral cavity. Case report and literature review. 2007;56(11-12):639-647.
- De Alesio D, Creosinin ML. Odontoma compuesto complejo: un caso clínico. Rev Asoc Odontol Argent 2003;91(5):433-436.
- Miranda S, Sáez S, Bellet L. Retraso de la erupción de un incisivo inferior permanente asociado a un odontoma compuesto: a propósito de un caso. Dentum. 2007;7(2):81-86.
- Shaked I, Peretz B, Ashkenazi M. Development of odontoma-like malformation in the permanent dentition caused by intrusion of primary incisor a case report. Dent Traumatol. 2009;25(1):144-145.

- Colter JD, Sedano HO. Otodontal syndrome: a case report. Pediatr Dent. 2005;27(6):482-485.
- Gyulai-Gaál S, Takács D, Szabó G, Suba Z. Mixed odontogénica tumors in children and adolescents. J Craniofac Surg. 2007;18(6):1338-1442.
- Da Silva LF, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. Quintessence Int. 2009;40(1):61-72.
- De Riu G, Meoni SM, Contini M, Tulio A. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. J Cranio Maxillofacial Surg 2010;38:141-144.
- Bayram M, Özer MS, Sener I. Bilaterally impacted maxillary central incisors: Surgical exposure and orthodontic treatment: A case report. J Contemp Dent Pract 2006;7(4):98-105.
- Cabov T, Krmpoti M, Grgurevi J, Peri B, Joki D, Manojlovi S. Large complex odontoma of the left maxillary sinus: Wien Klin Wochenschr. 2005;117(21-22):780-783.
- Tanaka A, Okamoto M, Yoshizawa D, Ito S, Alva PG, Ide F, Kusama K. Presence of ghost cells and the Wnt signaling pathway in odontomas. J Oral Pathol Med. 2007;36(7):400-404.
- Dhanuthai K, Kongin K. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. J Clin Pediatr Dent 2004;29(1):75-77.
- Treviño AG, Puerta PL, Ramírez HM. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiológico y tratamiento quirúrgico de un caso. Revista ADM. 2012;69:139--41.
- Yadav M, Godge P, Meghana SM, Kulkarni SR. Compound odontoma. Contemp Clin Dent 2012;3:S13-5.
- Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas children: 39 cases including one recurrent case. Int J Paedia Dent 2005;15 (Jan 1):37-43.

CLÁSICOS DE LA ODONTOLOGÍA

Juan Mañes

Pionero de la Ortodoncia en España, tras una formación en prestigiosas escuelas de los EE.UU., fue uno más de los represaliados tras la guerra española pero también de los que, a la postre, halló mejor fortuna.

POR JAVIER SANZ SERRULLA



Ciriaco Juan Mañes Retana nació en la villa toledana de Cedillo del Condado un 20 de junio de 1892. Cuando tuvo edad cursó la carrera de Medicina en la Facultad de Medicina de Salamanca, siendo durante la licenciatura alumno interno por oposición.

En 1916 ganó el título de Odontólogo, necesario desde 1901 para poder ejercer como tal, demostrando así su inclinación temprana hacia esta especialidad. Fue pensionado por la Junta para la Ampliación de Estudios (JAE) y marchó a los Estados Unidos, donde adquirió una formación de garantía en importantes centros que dirigían eminentes maestros, principalmente en las materias de prostodoncia y ortodoncia. Ganó los títulos de graduado en la Escuela de Posgrado de la Escuela Dental de Pensilvania (Escuela especial de Coronas y Puentes del Dr. Peeso) y en el Instituto Dental Forsyht de Boston (Escuela especial de Ortodoncia) y durante este tiempo fue ayudante del Dr. Stanton, director de la importantísima Escuela Angle de Ortodoncia. También se graduó en la Escuela especial de Puentes amovibles del Dr. Chayes, en Nueva York. Pocos dentistas españoles podían presumir en aquellos años de una formación y experiencia similar adquirida en uno de los países más punteros, sino el que más, de la odontología mundial.

Tras el intento fallido de Luis Subirana, que habiendo logrado la cátedra de Ortodoncia fue desposeído de ella al carecer de titulación médica, Mañes se convirtió en la cabeza de la ortodoncia



TRAS EL INTENTO FALLIDO DE LUIS SUBIRANA, MAÑES SE CONVIRTIÓ EN EL LÍDER DE LA ORTODONCIA ESPAÑOLA

en el mundo universitario español y aquella formación norteamericana fue de gran trascendencia para sus alumnos y discípulos. El 29 de agosto de 1922 era nombrado Catedrático interino de la asignatura “Prótesis Dental; Ortodoncia con su clínica (coronas y puentes)”, que con tal denominación había sido convocada para oposición a la misma el 13 de mayo anterior. No llegaría a transcurrir un año cuando, el 4 de julio de 1923, fuera nombrado Catedrático numerario.

CAMBIO POLÍTICO

Tras el cambio de régimen político con la instauración de la II República, fue depuesto de sus cargos de Director y Comisario regio don Florestán Aguilar, y Juan Mañes Retana fue nombrado Director de la Escuela de Odontología, el día 3 de junio de 1931. Como tal se mantuvo durante un cuatrienio y dimitiría del cargo en mayo de 1935, siendo sustituido por Bernardino Landete.

Al iniciarse la guerra, Mañes marchó a París y trabajó al lado del célebre dentista cubano Óscar Amoedo, instalado en la capital francesa y persona con vínculos estrechos con los dentistas españo-

les, siendo frecuente su presencia en los foros odontológicos peninsulares.

Identificado con el “bando republicano” tras la contienda, sufrió proceso de depuración, pero de todos los colaboradores de Landete fue el que salió mejor parado pues nunca pudieron comprobarse los cargos de los que se le acusaba, entre ellos el de pertenecer al Círculo Socialista de Buenavista. Se le abrió expediente conforme a la propuesta de la Dirección General de Enseñanza Universitaria de fecha 26 de octubre de 1939 y cesó como catedrático, con fecha 6 de abril de 1940 al no presentarse a servir su cargo. Sin embargo, él adujo que intentó regresar a España presentándose el 19 de septiembre de 1939 en Irún, pero le fue denegada la entrada. Fue reintegrado por Orden Ministerial de 13 de noviembre de 1952 y tomó posesión el 4 de febrero siguiente, de tal manera que volvió a la enseñanza en su puesto de catedrático. Permaneció en su recuperado cargo por espacio de una década, hasta la fecha de su jubilación, el 17 de junio de 1962.

Bien es cierto que Mañes no dejó, como Subirana, un tratado de referen-



CARICATURA DE MARTÍNEZ LAGE

cia en la especialidad ortodóncica, pero sí un buen número de comunicaciones y artículos, preferentemente en la revista La Odontología. Su docencia fue recogida por sus alumnos Fuset, Sanchis y Villalba con este título: “Apuntes de Prótesis 2º curso y Ortodoncia”. En la traducción del mencionado libro de E. Herbst, Atlas y tratado de Ortodoncia (Ortopedia dentaria), se incluyó el capítulo de Mañes “Introducción al estudio de la Ortodoncia”.

Juan Mañes falleció en Madrid el 12 de febrero de 1965. Un aula en la actual Facultad de Odontología de la UCM lleva su nombre en ley de homenaje.

SESIÓN CIENTÍFICA - EXPOSICIÓN TEMPORAL

De la Odontología a la Estomatología y de la Estomatología a la Odontología

A veces la historia nos parece recurrente, cíclica, incluso vivimos acontecimientos con una sensación de déjà vu. Algo así ha ocurrido en nuestro país con la profesión del dentista en el siglo pasado.

Desperzándose la profesión en el año que lo inaugura, se crea en 1901 la carrera de “Odontólogo”, y se supera así un título previo de “Cirujano-dentista”, que se obtenía en condiciones poco escrupulosas desde que se aprobara en 1875. Detrás de esa iniciativa estaba la mano de Florestán Aguilar, el dentista de la Casa Real. La odontología logra, al fin, entrar en la universidad española.

Al uso de los colegios norteamericanos, se mantuvo como carrera independiente hasta el año de 1944, fecha en la que se dispuso que en lo sucesivo y no pudiendo ser una excepción, esta profesión se ejerciera previa titulación médica. Se creaba así el título de “Médico estomatólogo”. Parecía éste un título definitivo.

Pero el carrusel de la historia iba a dar otro giro para volver al punto de origen. En 1986, a consecuencia del ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, surgía una nueva titulación, la de “Licenciado en Odontología”, la que regía en el resto de los países miembros, para la cual ya no se exigiría el requisito de cursar previamente la carrera de Medicina.

Esta exposición, De la Odontología a la Estomatología. Y de la Estomatología a la Odontología, narra la peripecia de una profesión de titulación alternante a través de un discurso expositivo centrado en sus protagonistas, como también en los adelantos técnicos que les permitieron ejercer su ciencia y arte. Una vez estuvo dotada de medios, la dentistería se situó al alto nivel que en la actualidad goza. Afortunadamente, la historia nunca se repite. Esta es la frase de Pierre Vilar que cierra su “Historia de España.” Pero no tenemos tan claro que, de haber conocido particularmente el fenómeno odontológico, hubiera abrochado el libro con la misma contundencia ●

MIGUEL LUCAS TOMÁS

ACADÉMICO DE NÚMERO COMISARIO DE LA EXPOSICIÓN



FLORESTÁN AGUILAR Y RODRIGUEZ (JOSÉ VILLEGAS),
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, MADRID

Es la expresión del camino recorrido en la titulación académica universitaria. Desde 1797 Cirujano sangrador-dentista; Cirujano menorministrante. Practicante con arte de dentista hasta 1875, Cirujano dentista, con la relevancia de Cayetano Triviño y Portillo, son las titulaciones antesala de la universitaria. Odontología desde 1901 y con el estancamiento de la Guerra Civil, cambia a Estomatología desde 1948. Desde 1987 es Licenciatura de Odontología hasta el Grado actual.

Es la corriente de pensamiento entre líderes profesionales. Odontólogos encabezados por Florestán Aguilar Rodríguez, o “aguilaristas”, que propugnaron una carrera independiente de la medicina, y los estomatólogos, encabezados por Bernardino Landete Aragón o “landetistas”, que propician una carrera de especialización médica.

Es la propuesta y el trabajo que subyace para alcanzar la exposición temporal de Javier Sanz Serrulla, profesor de Historia de la Odontología, Director del Museo de Odontología de la Facultad de Madrid, Académico correspondiente y Director Técnico del MMIM, y por tanto la persona idónea, en la que se conjugan el saber y el hacer específicos de excelencia para la exposición y Miguel Lucas Tomás, Catedrático en la Escuela de Estomatología y en la de Odontología, Vicedecano de la Facultad de Medicina, Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina en el sillón específico de esta disciplina, sin duda es el mejor y más apropiado Comisario para la exposición.

Es la excelencia académica continuada de esta disciplina por Florestán Aguilar y Rodríguez, Pedro García Gras, Luis Calatrava Páramo, Juan Pedro Moreno González y Miguel Lucas Tomás, en la Real Academia Nacional de Medicina.

Es una posición política en el Siglo XX. Es una concepción doctrinal científica, pero sobre todo es una realidad de convivencia ante un objetivo común: el paciente ●

LUIS PABLO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ACADÉMICO DE NÚMERO Y SECRETARIO GENERAL DIRECTOR DEL MMIM



BERNARDINO LANDETE

**DE LA ODONTOLOGÍA A LA ESTOMATOLOGÍA,
Y
DE LA ESTOMATOLOGÍA A LA ODONTOLOGÍA**

SESIÓN CIENTÍFICA
29 de abril de 2014 - 19:00 h.

CÁNCER OROFARÍNGEO

Excmo. Sr. D. Miguel Lucas Tomás,
Académico de Número y Comisario de la Exposición.

**DE LA ODONTOLOGÍA A LA ESTOMATOLOGÍA,
Y DE LA ESTOMATOLOGÍA A LA ODONTOLOGÍA**

Ilmo. Sr. D. Javier Sanz Serrulla,
Académico Correspondiente y Director Técnico del MMIM.

EXPOSICIÓN TEMPORAL

Del 29 de abril al 26 de mayo de 2014.
Horario: Lunes a viernes 10-14 h, martes 16-19 h.
Lugar: Salas anexas.

En colaboración con



Con el apoyo de

Arrieta 12. 28013 Madrid
91 547 03 18

info@mmim.es
www.mmim.es



[ABOGADA,
SOCIA DIRECTORA
DE PROINDA DENTAL]

REFORMA DE LEY "ARRENDAMIENTOS URBANOS"

EN TRIBUNA: PILAR DE DIOS

El pasado 4 de junio de 2013 se aprobó la Ley 4/2013, de medidas de flexibilización y fomento del mercado de alquiler de viviendas, que ha supuesto la reforma más significativa de la Ley de Arrendamientos Urbanos desde su aprobación en 1994.

Según el Preámbulo de la norma, el objetivo fundamental es flexibilizar el mercado del alquiler para potenciarlo y lograr su dinamización. El hecho es que el mercado inmobiliario español se caracteriza por una alta tasa de propiedad y un débil mercado de alquiler de tan solo un 17% frente a la media europea que ronda el 30%.

La manera de potenciar el mercado de alquiler es priorizar la protección de los derechos del arrendador frente a los del arrendatario, para así animar a los propietarios al arrendamiento de sus fincas urbanas, sobre todo de viviendas, aunque la reforma es extensible también a los arrendamientos para uso distinto a la vivienda.

El punto estrella de la reforma operada por la Ley 4/2013 es la necesidad de que para los contratos de arrendamiento surtan efectos frente a terceros, deben constar inscritos en el Registro de la Propiedad. ¿Qué consecuencias tiene esto? La primera y más importante, es que, en caso de transmisión de la finca urbana arrendada, ya sea por compraventa como por otro título, incluida la ejecución hipotecaria, el arrendamiento se extingue, con independencia de su plazo de duración. Hasta la reforma, el nuevo adquirente venía obligado a respetar la existencia del contrato de arrendamiento subrogándose en la posición del arrendador, sin embargo, a partir de la reforma, si el contrato de arrendamiento no figura inscrito en el Registro de la Propiedad y la finca cambia de dueño, el arrendamiento se extingue.

Evidentemente, esto supone la concesión de un importante derecho para el arrendador, en orden a que puede enajenar la finca libremente sin verse coartado por la existencia del arrendamiento. Es el arrendatario quien resulta perjudicado si no ha procedido a inscribir el arrendamiento en el Registro.

La Ley no establece quien deba promover esta inscripción registral ni quien debe asumir los gastos. Pero está claro que, siendo del interés del arrendatario la inscripción, deberá ser éste quien en la práctica promueva la inscripción y abone los gastos originados, que como mínimo serán los notariales de elevación a escritura pública del contrato de arrendamiento y los registrales de inscripción.

Realizada la inscripción, el arrendatario se asegura la permanencia en la finca durante el plazo de duración pactado del contrato y, a su vez, el arrendador se beneficia, pues en caso de impago de las rentas puede proceder al desahucio de forma más inmediata sin necesidad de pasar por el juicio previo de desahucio.

Otros aspectos significativos de la reforma operada son:

- La reducción de la prórroga forzosa en los arrendamientos de viviendas de 5 a 3 años.
- La posibilidad de sustituir el pago de la renta durante un período, a cambio de que el arrendatario realice obras pactadas con el propietario.
- La posibilidad de pactar la extinción del arrendamiento en el caso de muerte del arrendador.
- La admisión de los correos electrónicos como fórmula de notificaciones entre arrendador y arrendatario, siempre y cuando quede constancia del contenido y de su recepción.

En definitiva, la reforma ha supuesto el mayor avance en la protección de los derechos del arrendador con una correlativa disminución de los derechos del arrendatario •

EN CASO DE PRECISAR ACLARACIÓN, PUEDEN DIRIGIR SUS CONSULTAS A ESTA DIRECCIÓN:
PILARDEDIOS@PROINDADENTAL.ES

PROCOVEN

ODONTOLOGÍA

LO HEMOS CONSEGUIDO



LA PRÓTESIS PERFECTA
MÁS DE 1100 CLÍNICAS NO SE EQUIVOCAN



[DIRECCIÓN MÉDICA
COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE SALAMANCA]

Coaching para la mejora de resultados en salud

EN TRIBUNA: CONCEPCIÓN CEBALLOS ALONSO
ARTÍCULO PUBLICADO EN PUNTEX TODO HOSPITAL

HISTORIA Y ESTADO ACTUAL

Blaise Pascal escribe en su libro Pensamientos "La justicia es lo que está establecido; y así todas nuestras leyes establecidas serán necesariamente tenidas por justas, sin ser examinadas, puesto que están establecidas" (1). Históricamente, la práctica de la medicina ha llevado implícito el principio de la beneficencia, que expresa el bien del paciente, el bienestar y la satisfacción de sus intereses, objetivable mediante la maestría clínica expresada en el conocimiento médico. En el juramento hipocrático está gravado: "Aplicaré los regímenes para el bien de los enfermos, según mi saber y mi razón, nunca para perjudicar o hacer mal a quien sea" (2).

Así, en el s. XX, profundas modificaciones en las relaciones sociales permitieron cambiar las relaciones del médico con el paciente, rompiéndose la verticalidad impositiva del médico para la horizontalidad democrática en la toma de decisiones sobre la salud de cada individuo. Así, Según Dionne a Dorsch (3) "La vivencia de la relación humana es interacción e interacción social se entiende como: La influencia entre los individuos dentro de un grupo y de los grupos entre sí, dando esto como resultado cambios en las conductas, actitudes, opiniones etc".

Las personas son y serán esenciales en este proceso de adaptación. El cambio es complejo, y la colaboración, el consenso de los diferentes representantes y asociaciones, determinantes.

El director de la orquesta cumple una función clave en la orquesta sinfónica, e incluso de la formación musical. Es una persona que no sólo mantiene el tiempo de la pieza y da las entradas de los instrumentos para que la interpretación sea coherente, sino que debe interpretar la partitura según el concepto "global", manteniéndose fiel al espíritu original de la obra pero dando una visión personal.

En la actualidad, y desde hace algo más de 10 años, se aplica en personas concretas en organizaciones habitualmente por consultores externos, si bien de forma alternativa existe cierta

“*Estamos viviendo un cambio de paradigma en la atención médica, que supone pasar de un modelo tecnista a uno humanista.*”

línea de pensamiento en coaching que concibe su aplicabilidad en las organizaciones a partir de implicar a los gestores sanitarios, para que intenten ejercer su papel de gestor, concebido básicamente como coachs (entrenadores) de sus colaboradores.

INTRODUCCIÓN

En un entorno complejo y cambiante existe una necesidad de adaptación y flexibilidad en el comportamiento de las personas y su actitud hacia el entorno. Uno y otro son indispensables para orientarnos y orientar a otros hacia la tarea y hacia los resultados.

Los equipos tienen vida propia, interrelacionan, son equipos interprofesionales que comprenden diferentes disciplinas y distintas categorías. Todos están sujetos a todas las variables que afectan el comportamiento humano. Cada miembro es único y el equipo es más que su sumatorio.

Actitud, satisfacción y motivación, fortalezas y debilidades se agitan en ese entorno frágil, en un entorno a su vez cambiante y exigente.

La clave del éxito de toda organización reside en conseguir una cultura del aprendizaje y de la experimentación. Los cambios acelerados de la sociedad obligan a las organizaciones y a los profesionales a adaptarse si quieren mantener su razón de ser (4,5). A los aspectos técnicos se añade la subjetividad de las personas carentes de salud (6).

Estamos viviendo un cambio de paradigma que en la atención médica, supone pasar de un modelo tecnista a un modelo humanista. Una transición entre el modelo vertical (paternalista) de relación profesional médico - paciente, a un modelo horizontal, donde la voluntad del paciente es Ley superior: su derecho a decidir, a opinar sobre sus opciones. Una nue-

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

Dr. Rafael Filpo Valentin
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



va relación donde la empatía y el compromiso tendrán un marcado sello de influencia, favoreciendo la comunicación entre médico y paciente.

En esta nueva realidad, surge la necesidad de un nuevo abordaje de las relaciones entre personas: la relación asistencial, emocional y de escucha, donde una persona necesita ayuda y la otra está capacitada profesionalmente para ofrecérsela.

Las características especiales del sector sanitario requieren la capacidad de las personas que pertenecen a una organización de aprender, e incluso de «aprender a desaprender». En este sentido, se impone la necesidad de reflexionar sobre la capacidad de desarrollo que una organización tiene a partir de sus recursos y de metodologías específicas de apoyo, como por ejemplo el coaching, que supone la oportunidad de intervenir sobre el potencial de desarrollo de las personas en el ejercicio de su papel en una organización, centrándose en los aspectos que dificultan y bloquean el desarrollo pleno de todo su potencial.

REVISIÓN

El coaching (entrenamiento) es un proceso sistematizado de acompañamiento para el desarrollo y el crecimiento de personas en el tránsito de una situación actual a otra previamente definida a la que se pretende llegar. Consiste en desarrollar y desbloquear el potencial de la persona para maximizar su desempeño profesional (7).

El coaching es una herramienta para la excelencia, para conseguir la excelencia a partir de la mejora, desde lo que está bien. Es una metodología que ayuda a descubrir algo a menudo olvidado: lo que la organización precisa se encuentra en la propia organización. Se trata de una manera de hacer que no aporta soluciones desde fuera, sino que ayuda a los de dentro a encontrarlas.

El coaching, en otras palabras, consiste más en ayudar a aprender que a enseñar. De cariz confidencial y basado en la interacción y comunicación planificada, explora y define la propia

imagen, define conjuntamente los objetivos de las tareas a conseguir, determina la secuencia de experiencias profesionales que se deben llevar a cabo para conseguirlos, y acompaña a la persona en su proceso, ayudándola a identificar aciertos y errores, dándole apoyo en las dificultades que encuentra (8).

El coaching acompaña y se compromete en el proceso de consecución, se centra en las posibilidades del futuro, no en los errores del pasado ni, principalmente, en el rendimiento actual. El entrenamiento no aprende del coach (entrenador), sino de sí mismo, estimulado por el coach.

“ *El entrenado no aprende del coach, sino de sí mismo, estimulado por el coach.* ”

mete en el proceso de consecución, se centra en las posibilidades del futuro, no en los errores del pasado ni, principalmente, en el rendimiento actual. El entrenamiento no aprende del coach (entrenador), sino de sí mismo, estimulado por el coach.

El coaching puede confundirse con otras metodologías, por ejemplo, el mentoring y el counselling: el primero plantea un acompañamiento más a largo plazo, y normalmente es realizado por un experto o especialista en el ámbito profesional del acompañante. Por su parte, el counselling aborda aspectos personales (6).

La crisis del sector sanitario, determinada básicamente por los cambios de valores de la sociedad y la resistencia al cambio por parte de los profesionales (4,5), además del peligro que representa, puede constituir una oportunidad adecuada para instaurar metodologías como la del coaching para ayudar a las personas clave de las organizaciones a realizar el cambio deseado. Y quiénes son las personas clave. Las personas clave en la organización sanitaria son las personas, profesionales y pacientes. Y los resultados clave, qué son los resultados clave. Son los resultados en salud de las personas (9). Por tanto el coaching es una herramienta que

puede colaborar a obtener los mejores resultados de salud en los pacientes a través de la excelencia de las personas, profesionales y pacientes. Y su interrelación, basada en confianza y comunicación, escucha y delegación, aprendizaje y autonomía de decisión.

Si somos capaces de conocer las distintas interacciones, podremos potenciar aquellas que facilitan y ayudan a que el equipo avance y evitar las que sean perjudiciales para la buena marcha del trabajo. En este sentido, el entrenamiento personal con coaching facilita y apoya la incorporación de habilidades necesarias en la consecución de nuestros objetivos como médicos y como líderes de un equipo, de manera que toda la cadena sanitaria que está de alguna manera bajo nuestra responsabilidad, sea eficaz y eficiente (10).

DISCUSIÓN

Es una herramienta de mejora, pero no es una herramienta de aprendizaje. Se parte de las competencias y habilidades personales para desarrollarlas. Las últimas tendencias de liderazgo ya no se centran tanto en el carisma, sino en la capacidad del líder en ilusionar a sus interlocutores, es decir, de transmitirles una visión y conducirles hacia una meta. El coaching es una herramienta de desarrollo personal del profesional que favorece la adaptación a cambios y potencia las habilidades de liderazgo de la persona, con el fin de maximizar su desempeño profesional mediante motivación y desarrollo de mecanismos de resolución de conflictos.

Respecto a la implicación del coaching en la gestión de recursos humanos, se puede apuntar su idoneidad en la identificación de profesionales clave, potenciando su pertenencia a la organización, estimulando su compromiso y motivación, y mejorando las habilidades competenciales necesarias de los profesionales sanitarios. En definitiva, el coaching puede constituir una estrategia de elección de las políticas de recursos humanos en el sector sanitario, por el potencial de orientación a la ayuda al otro que

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
infodontologia@uic.es
www.uic.es
telf: 93.504.20.00
c/ Josep Trueta s/n
08195 San Cugat del Vallès
Barcelona, España

se observa y por las oportunidades que supone de realización personal-profesional para al menos una parte de los profesionales del ámbito de la salud.

El coaching está destinado principalmente a todas las personas con responsabilidad en la organización sanitaria y también a las personas consideradas “clave”, no sólo desde el punto de vista objetivo, sino también desde el punto de vista subjetivo. Y es aquí donde hallamos a profesionales sanitarios y pacientes y sus familiares.

Así, en este contexto sanitario el coaching es herramienta para directivos y profesionales, para profesionales de la sanidad y pacientes. Todos ellos enmarcan un triángulo para eficacia de los resultados en salud, la motivación y mejora del desempeño, y para la educación poblacional y profesional. Es así que contribuye a favorecer cambios positivos, mejoras en la adopción de hábitos saludables, favorece la adherencia al tratamiento de los enfermos crónicos y aporta recursos que pacientes y profesionales sanitarios pueden incorporar.

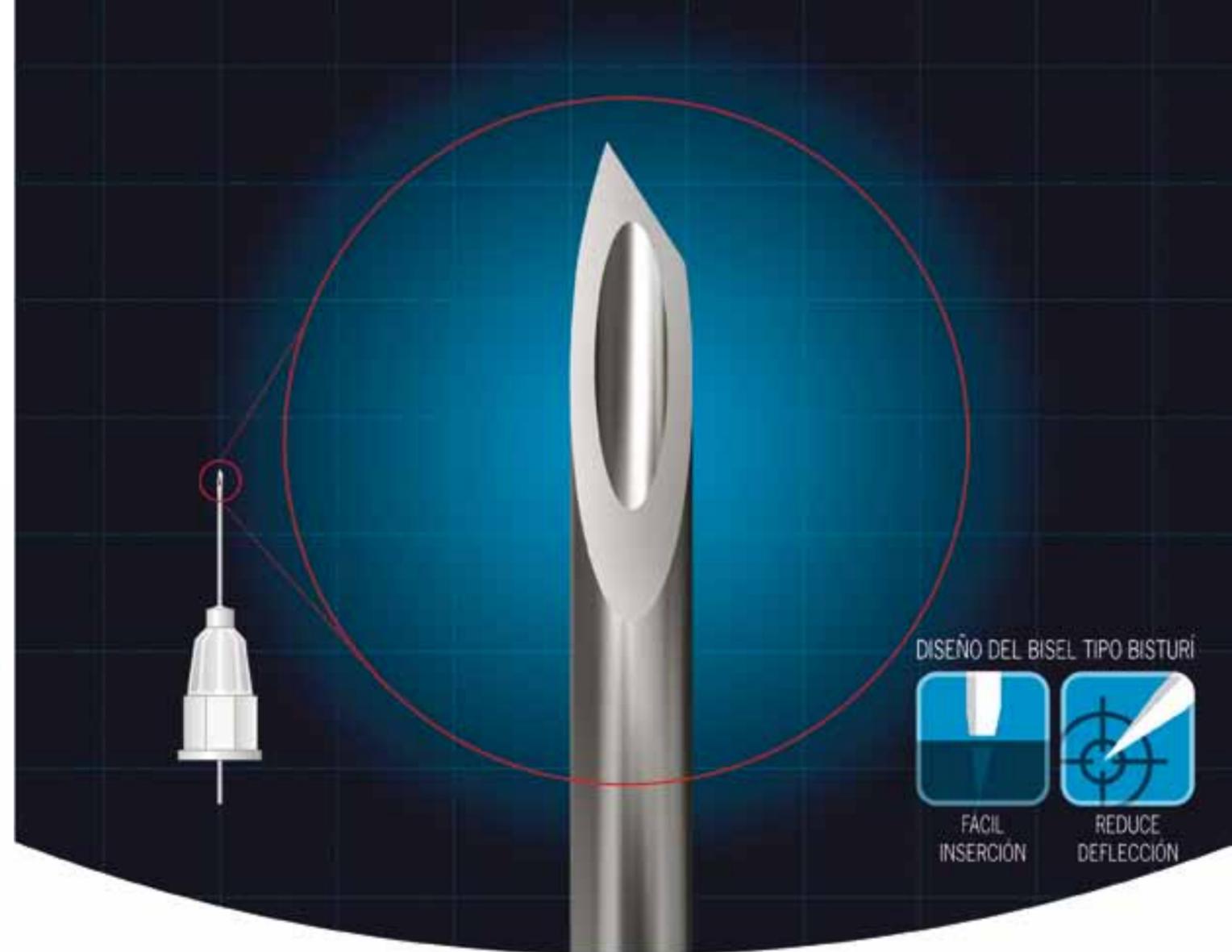
El Coaching nos proporciona un conjunto de herramientas gracias a las cuales podemos conocernos mejor, tomar mejores decisiones y ayudarnos a conseguir objetivos que de otra manera son inalcanzables (11). Es una necesidad en el momento actual, en el entorno actual, en el modelo de convivencia e interrelación actual. Su logro final da como resultado, por tanto, un nivel de desempeño mayor que la suma total de las aportaciones individuales.

CONCLUSIONES

1.- La metodología del coaching es susceptible de aplicarse en personas que deben ejercer un papel clave en una organización sanitaria, sobre todo en proceso de cambio.

2.- Es un método basado en la interacción y comunicación planificada para definir conjuntamente los objetivos de las tareas a conseguir, determinar la secuencia de experiencias profesionales que se deben llevar a cabo para conseguirlos, y acompañar a la persona en su proceso, ayudándola a identificar aciertos y errores, dándole apoyo en las dificultades que encuentra.

3.- Pacientes y médicos que enmarcan una nueva actitud mediante la implementación de habilidades como la escucha activa que mejora los resultados en la atención sanitaria. Escuchar al paciente genera una comunicación más efectiva, lo que implica una mayor adhesión a tratamiento y recomendaciones para la mejora de calidad de vida ●



MAYOR CONTROL, MÁS COMODIDAD. SEPTOJECT EVOLUTION.



Septodont, el líder mundial en control del dolor, presenta Septoject Evolution, una innovadora aguja con un sistema patentado de diseño de bisel tipo bisturí.

Septoject Evolution ha sido diseñada para una penetración más suave y con menos desplazamiento en el tejido. Esto proporciona menor molestia para sus pacientes, incluso cuando son necesarias múltiples inyecciones. Para usted, deberá aplicar menos fuerza, combinado con una significativa reducción de deflexión, lo que le proporcionará un mejor control y una mayor precisión.

Si piensa que una aguja es sólo una aguja, piénselo de nuevo! Septoject Evolution.



BIBLIOGRAFÍA

1. Pascal B. Pensamientos.
2. Panasco, WL. A Responsabilidade Civil, penal e ética dos Médicos. Rio de Janeiro: Forense, 1984.
3. Dionne, Reig Pintado. Reto al cambio, Mc.Graw Hill, México,DF, 1994.
4. Jovell A. El futuro de la profesión médica. Educación Médica 2002;5:73-5
5. Salter B. The politics of change in the health service. London: MacMillan, 1998.
6. Epstein RM. The patient-physician relationship. In: Mengel MB, Molleman WL, editors. Fundamentals of clinical practice: a textbook on the patient, doctor and society. New York: Plenum Medical Books, 1996; p. 105-32.
7. Goldsmith M, Lyons L, Freas A. Coaching: la última palabra en desarrollo de liderazgo. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
8. Salazar G. Coaching en acción. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 2000.
9. Bonal Ruiz R, Hilda i, Almenares b, Mercedes Marzán B Health coaching: a new approach to the empowering of the patient with non - communicable chronic diseases MEDISAN 2012; 16(5):773
10. A Guillén Gómez. El profesional médico y el proceso de coaching. MEDICAL ECONOMICS. Edición Española,2005
11. MOLINS ROCA J. Coaching y salud. 2000. Pacientes y médicos: una nueva actitud, Rehabilitación (Madr). 2011;45(1):84.



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

Los registros de morosos. ¿Tenemos derechos frente al abuso?

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

En alguna ocasión hemos podido sufrir la inclusión de nuestros datos personales en las famosas listas de morosos, tipo ASNEF o EXPE-RIAN, por el impago de una factura de teléfono indebida, por una deuda bancaria “sacada de la manga” por el banco, o por esa pequeña deuda que ni siquiera sabíamos que existía y que fue todo un abuso o engaño de una multinacional.

¿Qué hacer frente a estos atropellos que atentan a nuestro derecho al honor y que nos impiden –por ejemplo– solicitar una nueva tarjeta bancaria o acceder a un crédito?

¿No es una manera más de coaccionarnos para que paguemos la deuda ante los perjuicios que nos provoca estar en una lista de morosos? En mi opinión no hay duda de que ésta es la finalidad primordial.

Pues bien, la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 22 de enero de 2014 (Sala Civil, sección 1, recurso 2585/2011) viene a poner en su sitio a una entidad – en este caso bancaria – de Canarias, que mantuvo en las listas de morosos a unos alistados a pesar de que la deuda estaba sobradamente consignada en el juzgado; y de paso este Alto Tribunal nos brinda una clase al respecto.

Efectivamente, conforme el artículo 6.1 Ley Orgánica de Protección de Datos y el artículo 7.a de la Directiva 1995/46/CE, como regla general la recogida y el tratamiento de los datos de carácter personal requieren el consentimiento inequívoco del

afectado. Como excepción, dichas actuaciones pueden realizarse sin el consentimiento del afectado, cuando ello sea necesario para la satisfacción del interés legítimo, perseguido por el responsable del tratamiento o por el tercero a los que se comuniquen los datos, siempre que no prevalezca el interés o los derechos y libertades fundamentales del interesado (art.7.f Directiva).

“ Como excepción, dichas actuaciones pueden realizarse sin el consentimiento del afectado. ”

De esta previsión nace el temor del art.29.2 de la LOPD de que pueden tratarse los datos personales relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias facilitados por el acreedor sin el consentimiento del afectado. Y a esta norma se acogen quienes remiten los ficheros de los afectados a los listados de morosos.

Sin embargo, ya el art.5 del Convenio número 108 del Consejo de Europa, de 28-01-1981 impone que los datos de carácter personal que fueran de objeto de automatizado deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos, en relación con las finalidades para las cuales se hayan registrado.

Y por su parte, la Sentencia del

Tribunal Constitucional 292/2000 de 30-nov, impone que han de extremarse las exigencias en cuanto a calidad de los datos, para que no resulten vulnerados los derechos de los afectados, ya que esa inclusión puede vulnerar el derecho fundamental al honor.

La clave está en que esos datos no consentidos por el afectado y que perjudiquen a su honor respondan a la verdad (art.29.4 LOPD), pues la entidad acreedora no tiene el derecho de comunicarlos y mantenerlos hasta que se sienta o considere saldada, sino que sólo tiene el derecho de comunicar un dato siempre que responda a la verdad, siendo así que la deuda debe ser, además de vencida y exigible, cierta, es decir, inequívoca, indudable, siendo además necesario el previo requerimiento de pago. Por tanto, no cabe la inclusión de deudas inciertas, dudosas, no pacíficas o sometidas a litigio; bastando para ello que aparezca un principio de prueba documental que contradiga su existencia o certeza (Sentencia del TS 176/2013, de 06 de marzo).

Así las cosas, para mismo TS, la inclusión indebida de una persona en el registro de morosos constituye una intromisión en el honor de ésta, y, por tanto, una vulneración del derecho fundamental según art.18.1 de la CE; supone el desmerecimiento y descrédito en la consideración ajena. La publicación de la morosidad de una persona incide negativamente en su buen nombre, prestigio y reputación,

en su dignidad personal en suma (art.7 de la LPDH, es decir, la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen).

Merece la pena trasladarles lo que el Tribunal Supremo expresó, además, en su Sentencia 176/2013, de 6 de marzo: “La inclusión en los registros de morosos no puede ser utilizada por las grandes empresas para obtener el cobro de las cantidades que estiman pertinentes, amparándose en el temor al descrédito personal y menoscabo de su prestigio profesional, y a la denegación del acceso al sistema crediticio que supone aparecer en un fichero de morosos”.

Si además la inclusión de una persona en un listado de morosos es conocido por terceros, y ello provoca unas

consecuencias negativas (como la negación de un préstamo hipotecario) o un grave perjuicio a un empresario (como el rechazo a una línea de crédito), sería indemnizable, tanto por ese daño económico como del daño moral (art.9.3 LPDH).

Y así las cosas, hemos de saber que conforme este art.9.3 LPDH, “la existencia de perjuicio se presumirá siempre que se acredite la intromisión ilegítima.” Y la indemnización se extenderá además al daño moral. Este precepto establece, por tanto, una presunción iuris et de iure (establecida en la ley y sin posibilidad de prueba en contrario) de la existencia de perjuicio indemnizable cuando se haya producido una intromisión ilegítima en el derecho al honor, como es el caso del tratamiento

de datos personales en un registro de morosos sin cumplir las exigencias que hemos indicado de la LOPD.

En conclusión, que las grandes empresas no tienen el derecho de incluir a ninguna persona en un fichero de morosos sino sólo cuando la deuda es pacífica, indudable, no está sometida a litigio, y es vencida, líquida, exigible y completamente veraz. De otra manera, la inclusión del deudor en una lista de morosos sin su consentimiento es indebida e ilícita por ser contrario al derecho fundamental constitucional del honor, de lo que deriva por Ley la existencia de un perjuicio y de una indemnización. Como ven, sí tenemos derechos frente al abuso •

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

¡Visítenos en la SEDO, recoja su regalo y déjese sorprender!
(hasta límite de existencias)

discovery smart
Pequeño y brillante.

discovery pearl
fascinantemente natural.

D
DENTAURUM
ESPAÑA



Venezuela

Canaima y el Salto del Ángel

El Parque Nacional de Canaima se ubica en el Estado Bolívar, al sureste del país, frontera con Guyana y Brasil. Fue declarado Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO en 1994 y tiene unos 30.000 km², el sexto más grande del mundo. Una buena parte de su territorio lo ocupan un centenar de gigantescas mesetas llamadas "tepuis".

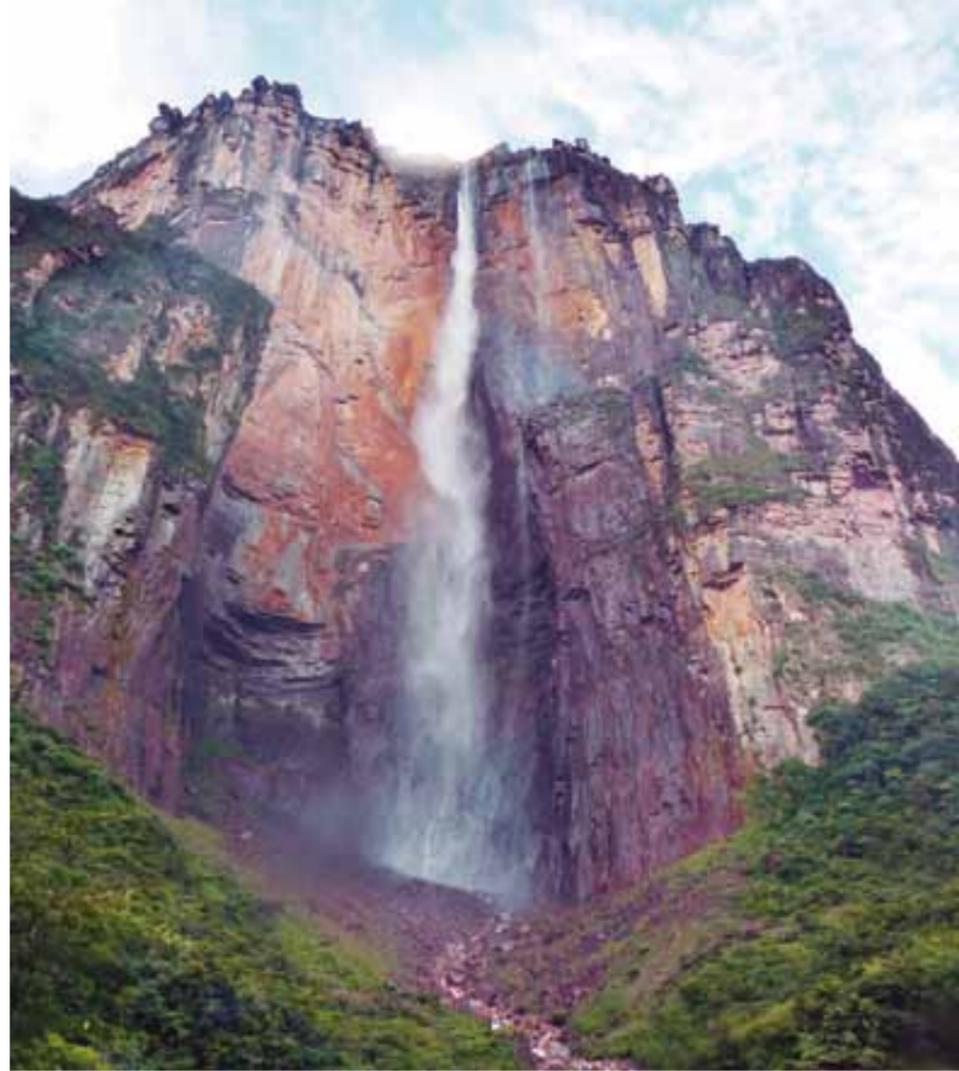
Mario del Olmo Pérez

Se necesita tomar una avioneta desde Puerto Ordaz, ciudad riverense del Orinoco, para llegar a Canaima. La enormidad del río se hace patente desde la altura y más parece un océano reluciente que un cauce fluvial. El viaje resulta entretenido y se hace casi en familia debido al reducido tamaño del aparato. Al aproximarnos al Parque Nacional sobrecogen la inmensidad de sus tepuis, las extensas sabanas y la belleza de los saltos de agua.

Aterrizar y alcanzar los hospedajes son, casi, una misma cosa. El viajero recoge su mochila sobre la pista, se monta en un vehículo adaptado a lo agreste y es dejado en la puerta de su morada en minutos. La primera tentación es recorrer los escasos metros que hay entre los hotelitos del sitio y la llamada “laguna de Canaima”. Los alojamientos tienen acceso directo a una playa de finísima arena rosada, circundada de vegetación tropical, desde la que se divisan dos bellas cataratas que truenan en uno de sus bordes; son los saltos “Ucaima” y “Golondrina”, solo dos de los varios que existen en el curso del río Carrao.

La mal llamada, laguna es, en realidad, una zona de agua remansada que da la sensación de no fluir, pero en la que existen corrientes peligrosas. Todas las excursiones parten de aquí y giran en torno al río y sus cascadas. En los desplazamientos acuáticos se utilizan las “curiaras”, típicas embarcaciones de madera que han ido transformándose en tamaño y añadiendo motores.

La afluencia de extranjeros ha modificado también otras costumbres de los nativos, pero nadie posee un hotel en Canaima sin tener vínculo familiar con uno de los grupos indígenas. La familia de los Kamarakotos



es la predominante en los alrededores; pertenecen a la etnia Pemón, la más numerosa en el Parque Nacional. También son Kamarakotos los únicos que manejan las curiaras; sin su pericia, sería imposible navegar entre los rápidos y las corrientes del río.

Una estancia de 7 días en la laguna es suficiente para disfrutar del entorno, con las justas dosis de aventura y descanso. Las travesías más simples pasan rozando las cascadas junto a los hoteles. Especialmente recomendable es la aventura que lleva al interior de “El Hacha”: una cavidad de más de 20 metros de largo, escondida tras una incesante cortina de agua que puede recorrerse de lado a lado a costa de salir empapado; otras se dirigen hacia caídas de agua un poco más alejadas, de nombre “El Sapo” y “El Sapito”, enmarcadas en un paisaje natural digno del cretácico de los dinosaurios.

Pero de entre todas las excursiones, la más solicitada es la que conduce al Salto Ángel, la catarata más alta del mundo; ésta lleva el nombre

del aventurero norteamericano James Crawford Angel Marshall, que en 1937 aterrizó peligrosamente en la cima del Auyantepui. “Jimmi Angel” pretendía encontrar oro en los ríos de la formidable meseta, pero su avioneta terminó encallada en lodos e inutilizada. El piloto y sus tres acompañantes tuvieron que descender a pie desde lo alto de la planicie y su peripecia fue recogida por los medios de comunicación. La gran catarata tuvo finalmente su reconocimiento mundial y tomó definitivamente el nombre del buscavidas norteamericano. La National Geographic Society la midió oficialmente en 1947 y le otorga una longitud de 910 m. de altura, aunque existe cierta controversia sobre la exactitud de la medida.

Actualmente, los viajeros tienen tres propuestas en torno al Auyantepui y su Salto Ángel. La más complicada consiste en una caminata de ascenso hasta lo más alto de la montaña plana. Lleva un par de semanas llegar arriba y alcanzar el río Kerep, causante de la cascada. Se requiere,

además de mayor tiempo, una muy buena condición física. La segunda alternativa no implica otro esfuerzo que desembolsar una generosa cantidad de dinero para sobrevolar la mole. Esta elección, aunque cara, deja una huella imperecedera en el recuerdo. Por último, la tercera opción es disfrutar una aventura mixta de marcha y navegación, hasta llegar a la misma base del Salto Ángel. Esta posibilidad es más barata que el vuelo y también resulta fascinante. La singladura se inicia en un embarcadero cercano a los hoteles, con dos nativos al mando de la curiara y un grupo de acompañantes. Los nativos manejan con tal maestría la canoa que los viajeros terminan aplaudiendo algunas de sus maniobras. En algún tramo es necesario bajarse de la embarcación para liberarla del peso y así evitar percances en los rápidos, esos trechos se superan a pie, atravesando bonitas sabanas. Después, se surca de nuevo contra corriente, mientras una garganta de piedras y vegetación engulle paulatinamente la canoa con sus pasajeros.

El paisaje en el río se torna inolvidablemente bello durante una buena parte del recorrido, pero los nimbos condensados en la cima del



Auyantepui terminan por descargar una intensa lluvia. De nada sirven las prendas técnicas impermeables, el aire golpea en contra y las gotas se estrellan contra los cuerpos. El agua penetra los tejidos y te convierte en una especie de bayeta humana; sin

embargo también te inunda una extraña felicidad a merced de la lluvia inacabable. En aquel entorno es fácil creerte un pionero, un explorador reencarnado. Entonces, sobre el horizonte del río, se divisa por primera vez el gigantesco Salto Ángel.

Al descender de la curiara, en un tramo llamado “Isla Ratón”, aún queda un buen trecho por la tupida selva. El Salto Ángel es contemplado en toda su magnitud por primera vez desde un mirador natural, situado en mitad del ascenso. Desde allí se comprueba que la cascada tiene dos tramos hasta la poza natural en su base. Si su volumen no es torrencial, algo que depende de las lluvias estacionales, es posible sumergirse debajo de la catarata tras media hora más de camino, en ascenso desde el mirador. Quien lo haga, habrá conseguido uno de los momentos más perennes de su vida.

Después, aún más mojado que cuando se inició la ascensión, queda el regreso. La bajada ha de hacerse con cuidado, entre ramas y piedras húmedas, y un resbaladizo material orgánico en permanente descomposición. El final del descenso es para descansar en alguno de los



campamentos situados junto al río. Algunos afortunados podrán pasar la noche justo en la orilla enfrentada a la gran catarata. El recinto consiste en poco más que un techado de uralita, soportado por pilares y travesaños rústicos. Son construcciones rudimentarias que hacen las veces de aseos, duchas y almacén; y hay tantas hamacas de algodón coloreado como trotamundos en la expedición.

El menú suele ser una ensalada americana y pollos asados al fuego. Todo invita a saborear la cena sobre las mesas de campo en un ambiente total de aventura. La mayoría de los viajeros suelen acostarse nada más cenar, ávidos de sueño. Sin embargo, merece la pena salir del chamizo y permanecer a la espera. En ocasiones, las nubes que rodean al Salto Ángel se disipan en la noche, y el cielo a sus espaldas queda salpicado de estrellas. La tenue luz permite

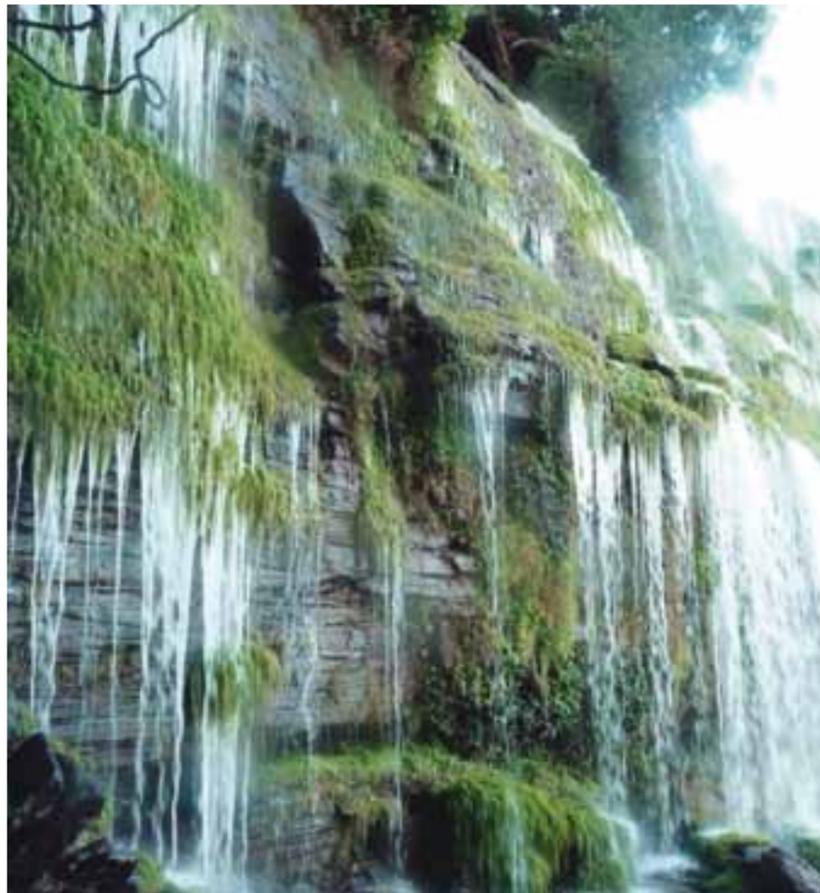
distinguir el hilo de agua azulada en la pared del acantilado y, de pronto, una niebla rociada de brillantes luciérnagas aparece flotando sobre el río. ¡Aquella es una visión única!

Cuando el “vagabundos” retorna a la hamaca, los ojos se entornan. Mientras, ésta se mece y los restos de la fogata mantienen alejados a los insidiosos mosquitos “puri-puri”, los momentos en el campamento se adhieren al recuerdo para siempre. El sueño vence a la magia de la noche en una lucha feroz y, definitivamente, se pierde la consciencia.

Cuando amanece, el desayuno está preparado y el viajero se dispone a disfrutarlo en un paisaje único. El Auyantepui es progresivamente iluminado por el Sol que asciende y modifica el paraje. Aparecen entonces los contrastes en la montaña y las nubes coquetean sobre la montaña para terminar disipándose. El hermoso

velo de agua parece hundirse en la selva, y en aquel momento se dibuja en la mente la laguna escondida en su fondo.

Pero antes de lo que uno desearía, los responsables de la expedición apremian para iniciar el camino de regreso a los hotelillos, en la laguna de Canaima. La marcha río abajo es inminente y forzada. Durante la despedida, en el pensamiento ronda la figura de Cristóbal Colón y su peculiar intuición, la de que el Edén bíblico debía estar precisamente allí, en latitudes de la actual Venezuela. Sería bonito pensar en la posibilidad de que el Salto Ángel fuese la “fuente de la eterna juventud” que los antiguos exploradores europeos buscaron durante años en territorio latinoamericano... y que nunca encontraron. Tal es la belleza de Canaima, tan magnífica e ilusoria que parece acercarte a lo imposible, incluso, a lo divino •



NSK
CREATE IT

NEW Ti-Max Z
Air turbine Series

POTENCIA 26W,
FIABLE & DURADERA

La Turbina Evoluciona para Ser Más Potente

*Solo Z900L

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

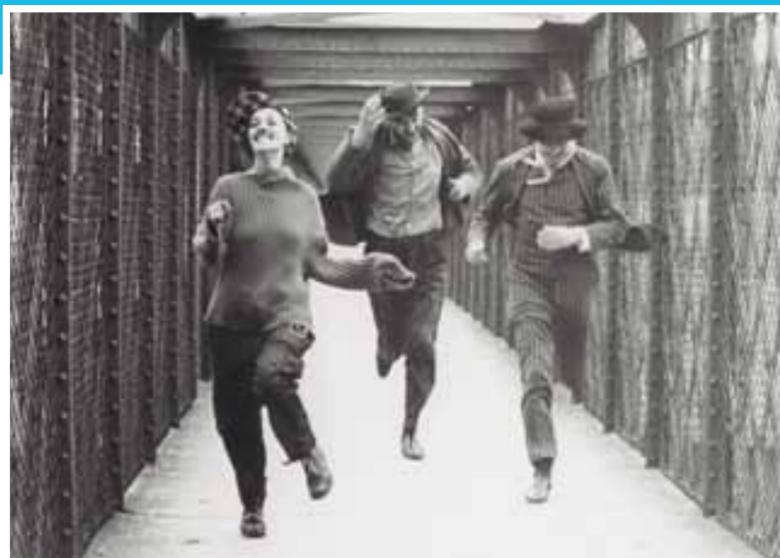
Módena, 43 - El Soho-Európolis - 28232 Las Rozas de Madrid - tel: +34 91 626 61 28 - fax: +34 91 626 61 32 - e-mail: info@nsk-spain.es

Bilbao, ciudad cultural

CICLO DE CINE CLÁSICO FRANCÉS

Con la colaboración del Instituto Francés, **BilbaoArte** une en éste ciclo de proyecciones de cine clásico francés algunas de las más significativas películas de autores como Jacques Demy, Alain Cavalier, Henri Georges Clouzot, Claude Chabrol, François Truffaut, Julien Duvivier y Luvas Belvaux, ciclo que ofrece muchos datos irrefutables acerca de la excelente salud creativa y vital de una cinematografía como la francesa. Al mismo tiempo, pone al alcance del público interesado la posibilidad de recuperar un precioso fragmento de lo mejor de la cinematografía gala de la segunda mitad del siglo XX y primera década del XXI.

Los aficionados al séptimo arte bilbaínos podrán disfrutar de títulos como: Jules et Jim, Poil de carotte, L'enfer, el Salario del Miedo, la Baie des Anges, entre otros....El ciclo se prolongará hasta el próximo 27 de agosto •



FOTOGRAMA DE LA PELÍCULA "JULES ET JIM"

ARTESHOP, UN COMERCIO, UNA OBRA DE ARTE

El Ayuntamiento de Bilbao, a través de la entidad pública Bilbao Ekintza, E.P.E.L., y en colaboración con la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y la Fundación **BilbaoArte**, organiza la IV edición de "ARTESHOP: un comercio, una obra de arte". Una interesante iniciativa que pretende potenciar el atractivo de la experiencia de compra y proporcionar "escaparates" para la muestra de las obras de alumnos de Bellas Artes.

ARTESHOP BILBAO aprovecha la sinergia entre la actividad comercial y la artística fomentando la capacidad creativa en los comercios, generando un espacio inusual para la expresión artística y enriqueciendo la experiencia de compra. Para ello, estudiantes de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad del País Vasco exponen obras de arte propias realizadas ex profeso para los establecimientos comerciales del municipio que participan en el proyecto.

Como el año pasado, los/las artistas de la Fundación Bilbao Arte coordinarán-comisariarán el trabajo de diferentes grupos de alumnos de la Facultad de Bellas Artes de la UPV/EHU para realizar intervenciones en los comercios de Bilbao, que se exhibirán entre el 5 y el 15 de junio. Cada una de las obras será realizada ex profeso para cada uno de los espacios intervenidos •

"EL GRIEGO DE TOLEDO", TODA LA TRAYECTORIA DE EL GRECO EN UN SOLA MUESTRA

Desde el pasado mes de marzo y hasta el 14 de junio se podrá visitar la exposición "El Griego de Toledo", una selección de más de 100 obras del Greco que, por primera vez se muestran al público en Toledo. Los lugares escogidos para la exposición de las obras son el Museo de Santa Cruz, en el que se reúne una gran muestra de piezas del Greco llegadas de todo el mundo, y los Espacios Greco, en los que se pueden admirar obras del artista en los mismos lugares para los que fueron ideadas y realizadas. Ésta es la mayor exposición del pintor en la historia y la primera que se realiza en su ciudad, Toledo.

Un recorrido por toda una carrera artística

Esta exposición parte de la actividad del Greco antes de llegar a España, de Candía y Venecia a Roma, la etapa de su primera formación como maestro pintor en Creta y su paulatina apropiación de los modos occidentales italianos, a la sombra de



Tiziano, Tintoretto, Giorgio Giulio Clovio, Miguel Ángel y otros artistas italianos de lienzos o estampas.

Muestra trabajos de su etapa como retratista, la única con la que obtuvo fama y el reconocimiento de sus clientes contemporáneos, incluso a pesar de su contraste con el tipo de retrato vigente en la España de Felipe II.

El Greco es presentado como un pintor de imágenes devocionales en España, vinculándose esta actividad con sus estrategias comerciales y su tendencia a la réplica seriada de sus

composiciones, así como a la difusión final de las mismas a través de la estampa, medio que le permitía ampliar su oferta y diversificar sus clientes.

El Greco desarrolló en España sus capacidades escenográficas evolucionando como artista, se convirtió en un artista plural que pasó de pintor a inventor y pintor de retablos complejos y pluridisciplinarios •



EXPOSICIÓN EL GRIEGO DE TOLEDO (MUSEO DE SANTA CRUZ, TOLEDO)
FOTOS: DAVID BLÁZQUEZ.
FUNDACIÓN EL GRECO 2014.



[MOZOGRAU]

Jornada Puertas Abiertas Mozo-Grau

Mozo-Grau ha recibido en su sede diferentes visitas durante el mes de abril. Como ya es habitual, tras recibir una presentación sobre Empresa, Producto y Ciencia, realizaron un recorrido guiado por las áreas de Producción, Calidad y Logística:

11 de abril: Visita de un grupo de 20 doctores procedentes de diferentes lugares de España.

25 de abril: Visita de los alumnos los másteres de Periodoncia e implantes; Clínica odontológica integral avanzada y Odontología multidisciplinar estética. Todos ellos procedentes de la Universidad de Granada •



Curso "Hacia la excelencia en periodoncia e implantes"

En el marco de su programa de formación continua, Mozo-Grau celebrará los próximos 9 y 16 de mayo el Curso "Hacia la Excelencia en Periodoncia y Estética". Este evento, que tendrá lugar en Madrid y Barcelona contará con la intervención de los doctores Francisco Torres Lear y Antonio Bujaldón Daza y el Dr Cándido Hernández y David Esteve, respectivamente. Los ponentes abordarán el tema desde diferentes puntos de vista.

Asimismo, y según el acuerdo de colaboración firmado con la Sociedad Es-

pañola de Cirugía Oral y Maxilofacial, del 3 al 5 de abril se ha celebrado en el aula de formación de Mozo-Grau, la XI edición del curso básico de Implantología para residentes de 4 y 5 año de Cirugía Oral y Maxilofacial. En esta edición se ha contado con la participación de los Dres Antonio Sanchez Cuéllar, Fernando García Marín, Jose Luis Cebrián Carretero y Raúl Fernández Encinas •

Curso Mozo-Grau: Estética y periodoncia en implantología

Mozo-Grau celebrará el Curso "Estética y periodoncia en implantología" el próximo 30 de mayo en Valladolid, donde contará con la intervención de los doctores Alejandro Otero Ávila y Herminio García Roncero que tratarán, entre otros temas, desde la Aplicación del Digital Smile Design a la estética en implantología y periodoncia, Selección de pilares en sector anterior estético y Técnicas de cirugía plástica periodontal en implantología estética •

MOZOGRAU®
IMPLANTES DENTALES

[SEPES]

SEPES celebró sus Cursos de Primavera

El 4 y 5 de abril se celebró, con gran éxito, en Barcelona la SEPES PRIMAVERA con los doctores Mesquita, Joly y Clavijo como ponentes. La importancia de los procedimientos reconstructivos para la excelencia protética y los detalles importantes para conseguir la estabilidad de los tejidos periimplan-

tarios fueron dos de los temas que los brasileños abordaron en profundidad. La coordinación del curso corrió a cargo de los doctores Sandra Fernández Villar y Gaspar Serra. BTI, Quintessence, Sweden&Martina y Tepe Inibsa fueron los patrocinadores del evento •



[11 y 12 DE JULIO EN VALENCIA]

Clase magistral del Dr. Piñeiro sobre composites

Obtener resultados altamente estéticos con resinas compuestas es el principal objetivo que conseguirán los alumnos que acudan al curso "Resinas compuestas en la rutina diaria de la clínica".

La amplia experiencia del Dr. Piñeiro le hace estar muy al corriente de los cambios en las exigencias del paciente,

que llegan a demandar la misma calidad estética tanto en una corona como en una carilla de cerámica, de ahí la importancia de dominar a la perfección las técnicas y materiales para la realización de restauraciones estéticas directas con composites •

ivoclar vivadent
passion vision innovation

[EUROTEKNICA IBÉRICA]

Bloque Modular Docente en Implantología

Los pasados 27 y 28 de marzo, organizado por el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla en colaboración con Euroteknika Iberia, se realizó el I Bloque Modular Docente en Implantología.

El Dr. Herce López, facultativo especialista de Area del HUVM, y el Dr. Angel Rollón Mayordomo, coordinador de la Unidad de Gestión Clínica del HUVM, abordaron diferentes y variadas temáticas de gran interés y actualidad, como es la elevación de

seno, los biomateriales en Implantología, la rehabilitación del maxilar atrofico, los implantes cigomáticos y técnica all on four, entre otros.

Además, los asistentes pudieron disfrutar de otras conferencias y casos clínicos con la participación de los doctores Dr. Francisco Mayorga, Dra. María Delgado, Dra. Alicia Borrego, Dra. Silvia Gallana, Dr. Rodrigo Lozano, Dra. Alicia Quintana, y Dra. Clara Salazar •

euro teknik a iberia



[INIBSA DENTAL]

Inibsa Dental presenta la II Edición de sus becas en colaboración con Sepa

Inibsa Dental presenta la II edición de las Becas Inibsa-Osteology-SEPA de formación internacional. El pasado 2 de abril se abrió la convocatoria para que los investigadores postdoctorales, investigadores juniors y odontólogos presenten proyectos de investigación inéditos para optar a las dos becas de Inibsa Dental y SEPA, que consisten en la asistencia al Osteology Research Academy, organizado por Osteology Foundation.

El Osteology Research Academy 2014 tendrá lugar durante el mes de septiembre en Lucerna, Suiza, con la formación Core Module; y el mes de noviembre en Kiel, Alemania, con el curso Experto Module. El objetivo de las dos becas de Inibsa Dental y SEPA es la de favorecer la formación

y la investigación en el campo de la regeneración ósea maxilofacial y oral, fomentando la producción científica en las universidades españolas con Facultad de Odontología. El proyecto presentado requiere que se trate de una investigación básica, pre-clínica o clínica, y que no haya participado previamente en algún otro tipo de concurso.

El plazo de presentación de los proyectos es hasta el 20 de junio de este año, y se deben enviar los proyectos y las solicitudes al mail becas@sepa.es. Las solicitudes serán valoradas por la Junta de SEPA e Inibsa Dental, y el próximo 14 de julio de 2014 se comunicará definitivamente los dos investigadores escogidos para asistir a la formación internacional •

[FOTOLANDIA]

Marcelo Martín en Fotolandia

Marcelo Martín (Fotolandia) impartió un curso de fotografía en la clínica dental Peñota de Portugalete. En la imagen el dictante junto al personal de la clínica •



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: ODONTOLÓGIA 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

g! formación



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

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

Un toque de delicadeza para una excelente salud gingival

Controle la presión del cepillado con los cepillos eléctricos de Oral-B



EL 93% DE LOS PACIENTES REDUJO LA PRESIÓN DEL CEPILLADO DESPUÉS DE USAR UN CEPILLO ELÉCTRICO DE LA SERIE PROFESSIONAL CARE 5000 DE ORAL-B*

SISTEMA TRIPLE DE CONTROL DE PRESIÓN:

-  1 El sensor de presión interno se activa a los 2,4N, antes de que el paciente aplique una fuerza que pueda dañar sus encías (>3N)
-  2 La luz indicadora se enciende para recordar al paciente reducir la presión
-  3 El cepillo reduce su frecuencia de oscilación y rotación en un 35% y detiene las pulsaciones

Referencia: L. Janusz et al., J Contemp Dent Pract, 2006;9(7):1-15.

Para más información, llame al teléfono de atención al profesional: **902 200 540**

Oral-B®



Continuamos con el cuidado que empieza en su consulta

Oral-B®