



José Félix Martí Massó

*Premio Euskadi
de Investigación 2014*

“*En los últimos años
se investiga más
y mejor en España*”



TAMARA ORPEGUI

“Los pacientes especiales
son los grandes discriminados”



Ignazio Loi

“Recomiendo una
odontología de excelencia”

curso de **oclusión y odontología restauradora estética** teórico-práctico



El objetivo general del Curso es:

1. Incorporar un protocolo de exploración global de la boca, identificando el problema principal y motivo de consulta.
2. Analizar el riesgo y el pronóstico mediante un diagnóstico integral .
3. Planificar un tratamiento y mantenimiento fiable, predecible y estable en el tiempo.

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

Módulo 2: PLANIFICACIÓN DE LA REHABILITACIÓN, ENCERADO Y RESTAURACIONES TRANSICIONALES.

Módulo 3: DPS: DISEÑO PREDECIBLE DE LA SONRISA, RESTAURACIONES ESTÉTICAS INDIRECTAS.

Módulo 4: IMPLANTOLOGÍA ESTÉTICA GUIADA PROTÉSICAMENTE

Información e Inscripciones

Teléfono: 983 335 566

www.galvanloboformacion.com

e-mail: formacion@galvanloboformacion.com

Fechas 4ª Edición

Módulo 1: 18 - 19 septiembre 2015

Módulo 2: 16 - 17 octubre 2015

Módulo 3: 20 - 21 noviembre 2015

Módulo 4: 18 - 19 diciembre 2015



Dr. Guillermo Galván



Dra. Pilar Lobo



Dr. Ángel Empanza



Dra. María Blanco



excellencedentalclinics



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

7.2 CRÉDITOS

6 **Opinión**

12 **Actualidad**

12 **NOTICIAS**

Encuentro anual SEPES Primavera · Fundación AMA cierra el ejercicio de 2014 con un incremento del 10,6% más que en 2013 · El Consejo General denuncia la venta de White Smile

28 **REPORTAJE**

FDM 2015, importante convocatoria profesional

50 **EMPRESAS**

54 **Entrevista**

54 **JOSÉ FÉLIX MARTÍ MASSÓ**

Premio Euskadi de Investigación 2014

58 **IGNAZIO LOI**

Polifacético profesional de la Medicina y la Odontología

62 **TAMARA ORPEGUI**

Estudiante del Máster para Pacientes Especiales

66 **ACCIÓN DENTAL**

Alba Castañé nos explica los detalles de este proyecto

68 **Ciencia y salud**

68 **Diagnóstico y tratamiento de un lipoma en la cavidad oral**

72 **Estudio sobre el cumplimiento de las instrucciones postoperatorias tras la extracción de cordales incluidos**

74 **Radix entomolaris de 5 conductos**

78 **Implantología inmediata en sector posterior maxilar**

82 **Mejora tu gestión**

82 **¿Cómo diferenciarse de otras clínicas?**

Daniel Izquierdo Hänni

84 **3 razones de peso para invertir en tu marca**

Ros Megías

86 **Agenda cultural**

La magia del Circo del Sol con Amaluna
Feria del Libro, Madrid 2015

88 **Formación**



ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

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

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

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

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

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo
Fotolandia

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.

Jesús Albiol Monné. Profesor colaborador del Master de Implantología. Universidad de Lleida. Tarragona.

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).

Juan 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.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

F. Javier Cortés Matincorena. Médico Estomatólogo. Responsable informes de la Sociedad Española de Salud Pública Oral. Pamplona.

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.

José Luis Gutiérrez Pérez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Cirugía Oral y Maxilo Facial de los Hospitales Universitarios de Sevilla y Huelva. Profesor Titular Vinculado de la Universidad de Sevilla.

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

Jaime del 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, 5° Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X



[EN PORTADA]

54. José Félix Martí, Premio Euskadi a la Investigación 2014



28. IX Edición de FDM: Ciencia, Tecnología y Solidaridad



44. Éxito del 1^{er} Certámen Fotográfico FDM/ODH

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



¿La oportunidad de otro gran evento profesional del sector?

**F.G.G.
EDITOR ODONTÓLOGOS DE HOY**

España será sede del Congreso Mundial de la FDI en 2017, y el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos su anfitrión. El evento tendrá lugar en Madrid entre el 29 de agosto y el 1 de septiembre.

El Dr. Oscar Castro, Presidente del Consejo General de Dentistas de España, ha declarado: “nuestra Organización está sumamente contenta de que España haya sido elegida, y sinceramente pensamos que ha sido un gran acierto. Tenemos muchas ganas de acoger este importante evento dental internacional en 2017. Madrid dispone de un excepcional Centro de Convenciones, de una red de transporte excelente y eficiente, así como de una amplia oferta hotelera, requisitos fundamentales para lograr un Congreso exitoso. Todo el equipo del Consejo General, los Presidentes de Colegios y las Sociedades Científicas nos vamos a dedicar en cuerpo y alma para asegurar un evento memorable”.

Desde aquí nuestra felicitación al Dr Castro, ya que a todo el que logra un objetivo hay que felicitarle.

Lo que aún no nos queda claro es si esta felicitación es extensible al resto de la profesión. Desde luego, para los profesionales de Cataluña no parece que sea la mejor noticia, el mismo año en que se celebra el FDM, donde, tradicionalmente, Barcelona asume la capitalidad de exposición dental frente a Madrid, que lo hace en años pares con Expodental, les “colocan” un evento que, ya de entrada, se presume cuanto menos distorsionador.

Un encuentro profesional que se propuso inicialmente para Barcelona desde el C.O.E.C., con la lógica de las fechas como hemos apuntado, se trasladó de inmediato a Madrid sin valorar el calendario y, lo que resulta más extraño, con la dócil aceptación del Presidente del Colegio de Cataluña que, curiosamente, compatibiliza su cargo de representación por elección en Cataluña con

el de vocal “supernumerario”, forma de denominar a los designados a dedo, del Consejo General, en Madrid. Seguramente tiene una explicación, pero la dada hasta ahora no convence.

Al conjunto de la profesión, de la que espera el Presidente del Consejo se dedique en cuerpo y alma, habrá que preguntarle si el estado de la profesión está como para dedicarse en “cuerpo y alma” a tal menester. Exposiciones comerciales no parece que necesite el sector, al contrario, la industria se encuentra sometida a un permanente esfuerzo por llegar a demasiados lugares, en unos tiempos tan poco propicios para el gasto. La formación en últimas novedades tampoco parece que sea una deficiencia de los profesionales de nuestro país, la cantidad de congresos y actividades formativas que organizan anualmente las sociedades científicas, y la docencia de posgrado de nuestras universidades es, en cantidad y especialmente calidad, de lo mejor. Lo que a nuestra profesión le falta no es ciencia, es trabajo. Querer triunfar en la escena internacional, cuando en casa no conseguimos nada de lo que anhelamos, no tiene mucho sentido.

Dicho esto, me pregunto quién será el beneficiario real de tal evento, que necesitará más y más reuniones de sus organizadores, con el consiguiente gasto en dietas y desplazamientos, y todo restando tiempo y energías a los problemas que más preocupan a la profesión, como es la plétora y la falta de control de nuestra actividad por parte del profesional en beneficio de intereses económicos ajenos.

Enhorabuena Dr. Castro, le deseamos el mayor de los éxitos, por la profesión, incluso que consiga lo que su antecesor no pudo, y llegue a Presidente de la F.D.I. Cuento usted con nosotros aunque no estemos convencidos ni entusiasmados ●



OsteoBiol[®]

by Tecnos

Utilizado en más de 400.000 cirugías - Distribuido en más de 40 países - Excelente documentación científica

OFERTAS VÁLIDAS PARA MAYO JUNIO Y JULIO DE 2015

Mp3 Granulado mix prehidratado

Prehidratado y listo para su uso

- ▶ Gran similitud con el hueso humano. ⁽¹⁾
- 1 | FIGUEIREDO ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH; 2010
- ▶ Composición dual: mineral + colágeno. ⁽²⁾
- 2 | NANNMARK SENNERBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008
- ▶ Se reabsorbe gradualmente. ⁽³⁾
- 3 | BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010
- ▶ Ideal para elevación de seno ⁽³⁻⁴⁾ y preservación de la cresta. ⁽⁵⁾
- 4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011
- 5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008



Evolution 100% pericardio

Máxima adaptabilidad al tejido óseo

- ▶ La mejor interfaz membrana / hueso y membrana / periostio.
- ▶ Fácil y segura a la hora de suturar.
- ▶ Estabilidad y protección prolongada.



EVOLUTION FINA
20X20MM REF. EV02LLE 109 €.
30X30MM REF. EV03LLE 126 €.

Apatos 100% mix de hueso

Consistencia natural y microporosa

- ▶ Mix de hueso porcino esponjoso y cortical.
- ▶ Facilita la formación de nuevo tejido óseo.
- ▶ Acelera el proceso fisiológico.
- ▶ Ideal para elevación de seno, defectos a dos paredes, defectos infraóseos, aumento del seno maxilar...



APATOS 0,5 GR
REF. A1005FS 61 €.



DUO-TECK 20X20 MM
REF. DT020 52 €.



IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Telf. 902 01 34 33 - 914 13 37 14 | Fax. 91 652 83 80

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

OFERTAS VÁLIDAS PARA MAYO JUNIO Y JULIO DE 2015



Tribuna de Salud Pública. Los servicios públicos de Odontología en España

F. JAVIER CORTÉS MARTINICORENA
ESTOMATÓLOGO. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.
RESPONSABLE Y CO-AUTOR DE LOS INFORMES DE
SERVICIOS DE SESPO

La Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) publica cada cierto tiempo un informe sobre el estado de los servicios públicos de odontología en España. Desde el año 2001, en que viera la luz el primero de los informes, han sido publicados tres: en 2001, 2005 y 2013. Los dos primeros se limitaban a ser una recopilación de los servicios públicos en esta área de la salud bucodental así como de la legislación que les ampara, tanto en el estado como en cada una de las autonomías.

Hace unos meses se publicó el informe correspondiente al año 2013 (<http://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/revistas-del-consejo/revista-rcoe/item/983-revista-rcoe-septiembre-2014-vol-19-n-3.html>) en el que, además de hacer el relato de la situación actual, analiza los diferentes modelos de provisión que conviven en las diferentes comunidades autónomas (CC.AA) y ofrecen una revisión de los mismos.

Las conclusiones no son muy halagüeñas, y están lejos de lo que cabía esperar cuando hace treinta años entró en vigor la Ley General de Sanidad; o de las expectativas creadas en 2003 con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). A día de hoy, la atención a la salud bucodental sigue sin evolucionar en España. La odontología sigue sin tener una plena cobertura en el SNS. Solamente se contempla una atención parcial, básica, para la infancia. Para los adultos, sigue siendo solo paliativa, de alivio del dolor, con la exodoncia como único tratamiento cubierto. La reposición de dientes perdidos, ya sea por causa de enfermedad o de accidente no está contemplada, ni siquiera parcialmente subvencionada, por el sistema sanitario. La salud bucodental no es considerada por la administración sanitaria, en lo que a prestación se refiere, como una parte integral de la salud general.

Los servicios para la población infantil, a treinta años vista también de iniciarse los primeros programas preventivos, y veinte años después de que la asistencia dental básica fuera incluida en el conjunto de prestaciones sanitarias del SNS, siguen siendo escasos y desiguales. Solamente algunas CC.AA los han desarrollado dando cobertura a los servicios mínimos amparados por la legislación. La desigualdad entre comunidades es grande y evidente, dando lugar a una inaceptable falta de equidad entre los habitantes de las diferentes regiones.

Sobre la falta de interés de la administración en esta área da fe el hecho de que solo siete comunidades autónomas cuenten con una unidad de planificación y gestión de los programas y servicios de odontología, en los que hay un dentista (estomatólogo/odontólogo) como responsable. En la mayoría de comunidades, al frente de los insuficientes servicios, en muchas ocasiones dispersos y ubicados en departamentos diferentes, hay profesionales médicos ajenos a la odontología. Dicho de otro modo, se coloca como responsable a personas que no conocen el campo de la salud que deben atender.

En el plato positivo de la balanza, no obstante, hay que reconocer que los recursos humanos asignados a estos servicios de salud bucodental en el sector público se han incrementado desde el anterior informe, si bien en los últimos años de la crisis económica se ha producido un ligero recorte. Este incremento neto se sitúa en torno al 25%, a pesar de no haber habido un incremento paralelo en las prestaciones del sistema. En donde el incremento ha sido muy significativo es en el número de dentistas privados que han concertado sus servicios con la administración pública, en aquellas comunidades con un sistema de provisión concertado, mixto público y privado. El incremento ha sido del orden del 81%, pasando de 2.311 dentistas en 2005 a 4.181 en 2013 •

Pide lo que quieras



Servicio integral de Suministros Dentales Antón, s.l.
sencillamente, todo lo que necesites.



antón^{S.L.}
suministros
dentales

944 53 06 22
www.antonsl.es

20 años
a tu lado



Voluntariado: una ventana a la realidad

DOCTOR ALBERTO PÉREZ PORRO
MIEMBRO DE DENTAL COOP

Hablaremos sobre la experiencia del voluntariado y lo que nos aporta, individual y colectivamente a los profesionales de la odontología.

Conocer otras realidades socio-culturales y el compromiso con las necesidades de los débiles, es una aportación básica al desarrollo o consolidación de la conciencia profesional, de la vocación y de la afirmación ética.

La crisis de nuestra profesión es una crisis ética, y, en consecuencia, la respuesta está en esta dimensión.

La sociedad opulenta occidental en la que vivimos es una excepción si consideramos la humanidad globalmente. Podríamos decir que el mundo que nosotros conocemos es raro, es irreal, ya que las dos terceras partes del resto de la humanidad vive de otra forma.

El voluntariado nos abre la puerta a otro mundo. Un lugar donde, de ninguna manera, las necesidades básicas están garantizadas. Comida, agua, salud, educación...

Nuestra profesión nos conduce al aislamiento. A una visión, incluso del entorno próximo, limitada, cerrada. El viaje y la inmersión en la dimensión que comporta el voluntariado tiene, para nosotros, una importancia, creemos, radical.

Importancia desde nuestro individualismo. Es un factor de desarrollo de nuestro carácter, de nuestra mente. Es educación y es conocimiento. Nos hace crecer como personas. Y, desde luego, eso tiene alta repercusión en nuestra actuación profesional.

Otra dimensión, estrechamente ligada a la anterior, del voluntariado, es el compromiso.

Trabajamos sin remuneración, es decir, nos regalamos a estas otras personas que nos necesitan. Aquello que mejor sabemos hacer lo damos sin esperar nada a cambio. Así expresamos elocuentemente nuestra solidaridad y significamos con hechos nuestra postura ante la injusticia. Podemos decir que desarrollamos nuestra conciencia profesional.

En consecuencia, afirmamos unos valores, una forma de entender la profesión como servicio a la sociedad, una afirmación ética.

La ética profesional se basa en el contrato social de Rousseau. Servimos a quienes nos rodean y, en consecuencia, tenemos derecho a exigir unas condiciones de vida digna a nuestro entorno.

Es una ética diferente de la ética comercial. No estamos vendiendo una mercancía y obteniendo un margen de beneficio empresarial a cambio.

La íntima satisfacción que produce sentirse útil, en un medio especialmente adverso, donde una simple extracción con anestesia y con cobertura antibiótica es inexistente si no vamos allí a realizarla, sólo se puede entender cuando se experimenta. Se trata de ser valorados como profesionales, no ser comprados como objeto según las leyes del mercado. Esto también nos hace crecer como personas. Así podríamos definir la vocación. Obtener satisfacción directamente por aque-

“
El voluntariado nos abre la puerta a otro mundo. Un lugar donde, de ninguna manera, las necesidades básicas están garantizadas.
”



lo que hacemos y no por los placeres o bienes que podamos después disfrutar según los beneficios obtenidos.

Trabajar por vocación nos hará felices al menos 5 días a la semana, no sólo los 2 días libres que tendremos del otro modo. Por eso creemos que el voluntariado tiene un fuerte valor añadido de dar sentido, coherencia y estabilidad a toda nuestra vida. Es casi unánime la frase que pronuncian los voluntarios después de una campaña: recibimos mucho más de lo que damos.

Por eso el voluntariado es un importante elemento en la formación de los dentistas. Y también puede refrescar y airear las telarañas mentales y el cansancio que pueden invadirnos después de muchos años de ejercicio.

Creo que si dirigimos la mirada, a la luz de estas consideraciones, hacia la crisis que caracteriza el momento actual de la profesión, se hace evidente qué es exactamente lo que ocurre.

Nuestra esfera laboral ha sido comprada por el capital especulativo. Hemos pasado de ser profesionales liberales a ser empleados de una fábrica de actos médicos. Nuestro trabajo ha pasado de ser valorado como útil por nuestros pacientes a ser vendido en la plaza al mejor postor. Nosotros mismos hemos dejado de ser personas para pasar a ser ganado.

Y una ética mercantilista, donde todo vale con tal de sacar un beneficio a unos dineros invertidos, ha sustituido a nuestra ética de servicio al paciente. Rinde más poner el dinero en anuncios de todo tipo o en clínicas que brillen mucho que pagar decentemente los honorarios de los dentistas. Y de ellos sólo vale lo de "si no te gusta, otro lo hará". Hay ganado abundante, salimos baratos como reses. Se aprecia más la deshonestidad acrílica que un trabajo hecho con buena formación y con conciencia. De hecho esta última es altamente contraproducente.

Por eso defino la situación actual como una crisis ética. Por eso creo que la respuesta, del modo que sea, pasa por una contundente afirmación ética por parte de todos nosotros, los dentistas, individual y colectivamente •

INRODENT

GRUPO FERRANZANO S.L.

Inst. Rotativos y Art. Dentales

Visita nuestro catálogo virtual

Rápido, Fácil y Económico

900 101 207

Amplia gama de artículos para Clínica Dental y Prótesis



Todo en mobiliario para su clínica



www.inrodent.es

[SESIÓN IMPARTIDA POR ANTONIO CAMPOS MUÑOZ]

“Células madre de la pulpa dental. Potencialidad y aplicaciones terapéuticas”

La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) acogió el pasado mes de abril la Sesión Científica ‘Células madre de la pulpa dental. Potencialidad y aplicaciones terapéuticas’. La jornada, impartida por Antonio Campos Muñoz, catedrático de Histología de la Universidad de Granada y Académico de Número de la RANM, tenía como objetivo dar a conocer el potencial terapéutico de las células madre que se encuentran en la pulpa dental, así como las investigaciones desarrolladas al respecto durante los últimos años.

“Las piezas dentarias, por el potencial de las células madre de su pulpa, constituyen nuestro banco natural de células madre. Un banco fácil de mantener y al que no es muy complicado acceder” aseguró

el profesor Campos, quien explicó durante su intervención cuáles son las características de estos tipos de células madre y su potencialidad para dar origen a otras células y tejidos, entre los que se encuentra el tejido nervioso.

El Profesor Campos, que también dirige el Grupo de Investigación de Ingeniería Tisular de la Universidad de Granada, dio a conocer algunas de las investigaciones realizadas por el grupo granadino en las que se ha demostrado una excelente viabilidad para estas células, más elevada y prolongada que la que presentan las células del cordón umbilical. En este sentido, el grupo de investigación ha podido construir con estas células madre piel artificial para su uso terapéutico, de igual modo que hicieron previamente con las célu-

las homólogas del cordón umbilical. Estas investigaciones avalan, por tanto, la importancia de una higiene y cuidado dental diario. “Si antes había razones para mantener nuestros dientes en el mejor estado posible, actualmente tenemos muchas más para hacerlo”, concluyó Campos.

¿Qué es la pulpa dental?

La pulpa dental es el único tejido blando del diente. Se localiza en la cámara pulpar existente en el interior de la pieza dentaria, rodeada por la dentina o marfil que constituye el tejido mineralizado más voluminoso del diente. La pulpa es un tejido conectivo embrionario muy vascularizado e inervado, en el que se han identificado dos tipos fundamentales de células madre •

[PRIMER DENTISTA QUE OCUPA ESTE PUESTO]

Francisco Rodríguez Lozano nombrado Presidente del ENSP

Durante la reunión anual del ENSP (European Net for Smoking Prevention), la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo, celebrada en Atenas del 27 al 29 de Abril, su Asamblea General eligió Presidente de la misma al Dr. Francisco Rodríguez Lozano. Es la primera vez que un español va a presidir esta institución y también la primera vez que lo hace un dentista.

El Dr. Rodríguez Lozano era hasta ahora el Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo en España y fue secretario del Consejo General de Dentistas y Presidente del Colegio de Dentistas

de Tenerife. También ha sido Vicepresidente del Consejo Europeo de Dentistas y en la actualidad es asesor en tabaquismo del Consejo General de Médicos y del Colegio de Dentistas de Madrid.

El ENSP tiene su sede en Bruselas y es la asociación que reúne a organizaciones de control del tabaquismo de toda Europa. Es interlocutor de la Comisión Europea para cuestiones relacionadas con el tabaco, y en la actualidad está coordinando y desarrollando varios proyectos para la Dirección General de Sanidad y Consumo de la UE •



XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

SECIB

BILBAO2015
29~31 OCTUBRE



Palacio de Congresos y de la Música
Euskalduna Jauregia Bilbao

"EXIGE CIENCIA,
EXIGE RESPUESTAS"

Secretaría Técnica - **Información**

MdV-Organización y Protocolo

Bruc, 28, 2º • 08010 Barcelona

Tel. 607 499 365

secibbilbao2015@emedeuve.com

www.secibbilbao2015.com



[CONVENIO DE COLABORACIÓN]

Acuerdo entre COEM y SEI para el desarrollo de actividades docentes, educativas y de investigación



El Dr. Antonio Bowen, presidente de la Sociedad Española de Implantes, firmó con Ramón Soto-Yarritu, presidente del COEM, el convenio de colaboración entre las dos instituciones.

La colaboración entre ambas partes, que se promoverá a instancia de cualquiera de ellas, podrá contemplar la realización de actividades docentes, prácticas, educativas y de investigación, así como la organización conjunta de actividades formativas (tales como cursos, congresos, seminarios..., sobre temas que respondan al interés mutuo de las instituciones firmantes), la realización de estudios y proyectos de investigación en aquellas áreas que se consideren de interés común, y el intercambio de información y documentación •

[AUMENTO DE LAS RECLAMACIONES]

El ICOEV alerta del peligro de la mercantilización dental

Según datos del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia el 54% de las reclamaciones presentadas por parte de pacientes corresponden a clínicas mercantiles y franquicias.

El número de reclamaciones de pacientes por problemas con sus tratamientos dentales ha registrado un relevante aumento. Concretamente, un 400% en los últimos años. Así lo demuestra el hecho de que sólo en la provincia de Valencia se pasaron de las 16 quejas de 2009 a las 83 del pasado 2014. Un notable incremento que viene marcado por la irrupción y consolidación de

las clínicas de origen mercantil/franquicia dado que éstas concentran más del 50% de las reclamaciones.

El presidente del ICOEV, Enrique Llobell, cuestiona abiertamente a aquellas clínicas donde el que entra por la puerta es visto “como un cliente y no como un paciente”, porque ahí es cuando vienen los problemas, ya que se apartan los principios médico-sanitarios y priman los mercantilistas y de negocio.

Por dedicaciones profesionales, cabe reseñar que el 43% de las reclamaciones correspondieron a casos de implantología y otro 40%

a Odontología conservadora. En menor medida la ortodoncia y las exodoncias también estuvieron presentes con el 12% y 3%, respectivamente •



[ESTÁ ESTUDIANDO MEDIDAS]

El Gobierno Vasco quiere controlar la difusión de publicidad sanitaria ilegal

Algunas compañías de ámbito estatal siguen anunciándose en Euskadi vulnerando la normativa autonómica, aunque no disponen de autorización y a menudo vulneran el decreto de publicidad sanitaria que rige en la CAV desde 1991. El Gobierno Vasco quiere poner fin a esta situación y prepara un decreto sobre publicidad sanitaria, “adecuado a los nuevos tiempos y soportes de comunicación online”.

El Departamento de Salud está valorando, entre otras medidas, la posibilidad de “establecer responsabilidades”, no sólo a los anunciantes que incumplen la norma, sino también a los medios de comunicación que publiquen “mensajes inadecuados”. La publicidad sanitaria sobre productos, servicios, centros y profesionales ha dado un salto cualitativo en los últimos años. Pero la realidad es que la CAV es una de las pocas comunidades en

las que la publicidad sanitaria está regulada, aunque se siguen viendo anuncios de ámbito estatal que no tienen la autorización necesaria. Incluso, algunos anuncios se siguen difundiendo, pese a haber sido objeto de expedientes sancionadores y tener requerimientos del Ejecutivo vasco para su retirada. Una de las campañas más polémicas, que acumula varios expedientes sancionadores, es la que protagonizan los futbolistas Figo y Xavi para una clínica odontológica que vende implantes dentales. La normativa vasca no permite la utilización de personajes famosos en anuncios relacionados con la salud.

El objetivo de actualizar el decreto sobre publicidad sanitaria, según admite el propio Departamento de Salud del Gobierno Vasco, es “velar porque los mensajes que se publicitan sean adecuados y garanticen los principios de veracidad y de

leal competencia”. Se busca, por un lado, regular mejor la comunicación a través de nuevos soportes de información, incluyendo otra modalidad asistencial como es la telemedicina; y al mismo tiempo, que resulte disuasorio para las grandes compañías difundir sus mensajes sin la autorización requerida •



[ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE]

El Consejo General denuncia la venta ilegal del blanqueante dental White Light Smile

El Consejo General de Dentistas de España ha denunciado ante la autoridad competente la venta ilegal del blanqueante dental White Light Smile, solicitando que se tomen las medidas cautelares oportunas para suspender su publicidad, su venta, así como proceder a la retirada del producto del mercado.

Según la legislación vigente, los productos blanqueantes con una concentración de agente blanqueante superior a 0,3% de Peróxido de Carbamida ó 0,1% de Peróxido de Hidrógeno, solo pueden ser distribuidos de forma exclusiva a dentistas. Asimismo, y debido a la elevada concentración de agente

blanqueante que contiene White Light Smile (35% de Peróxido de Carbamida), este producto únicamente puede ser utilizado y aplicado por odontólogos y estomatólogos en una clínica dental.

Sin embargo, White Light Smile se vende directamente a pacientes a través de su página web y numerosos portales de Internet como Amazon, eBay, Groupon o teletienda-televisión lo que, además de ser ilegal, pone en peligro la salud de la población. Igualmente, tampoco se facilita al paciente una información adecuada, veraz y objetiva por lo que se está induciendo también al engaño y dejando a los ciudadanos

en una situación de desamparo y desprotección.

El Consejo General recuerda que los pacientes que quieran someterse a un tratamiento de blanqueamiento dental deberán acudir siempre a una clínica odontológica para que el dentista efectúe el necesario reconocimiento previo, el diagnóstico adecuado, y realice de forma segura el mejor tratamiento posible •



[COLABORACIÓN EN UN PROGRAMA INFANTIL DE BALONCESTO EN HOSPITALES]

Fundación A.M.A. y Fundación Real Madrid acercan el baloncesto a 920 niños

La Fundación A.M.A. ha firmado un convenio de colaboración de cinco años para desarrollar el programa infantil de baloncesto en siete hospitales que organiza la Fundación Real Madrid. La iniciativa, que se mantiene operativa desde 2008, fomenta la práctica del deporte y del baloncesto entre niños hospitalizados de larga duración y sus familiares, siempre que sean autorizados para ello por el correspondiente personal sanitario.

La actual campaña atenderá a 920 niños ingresados en los hospitales La Paz, Niño Jesús, Gregorio Marañón, Doce de Octubre, Ramón y Cajal y San Rafael en Madrid, y el hospital General de Alicante, y se prolongará de forma automática hasta junio de 2019.

El programa infantil se concibe como un elemento lúdico, recreativo y formativo que ayuda a los niños a evadirse de su realidad hospitalaria. Ofrece la práctica del baloncesto como actividad alterna-

tiva, para contribuir a la mejora del estado de salud y fomentar la autoestima y el afán de superación de los menores.

Los programas son impartidos por entrenadores de diferentes proyectos del área de baloncesto de la Fundación Real Madrid.

“

La Fundación AMA se constituyó para ser referente nacional en el ámbito de la formación e investigación sanitaria. ”

Son todos entrenadores titulados, licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte o diplomados en Educación Física. Son seleccionados, además, tras haber

trabajado varias temporadas en escuelas de baloncesto, lo que certifica su motivación, responsabilidad, implicación y compromiso hacia el proyecto.

La Fundación Real Madrid tiene como objetivo hacer del deporte un elemento eficaz y para la educación y el desarrollo integral de la personalidad de quienes lo practican, alentando los valores de la práctica deportiva y su promoción como instrumento educativo.

La Fundación A.M.A. fue creada a finales de 2010 por A.M.A. Seguros, única mutua nacional especializada en ofrecer seguros a profesionales de la Sanidad y sus familias. La Fundación se constituyó para ser referente nacional en el ámbito de la formación e investigación sanitaria y del seguro asistencial.

Además de sus becas nacionales, concede distintos Premios Científicos y de Derecho Sanitario, mantiene acuerdos de ayuda y formativos con la mayoría de Colegios profesionales sanitarios españoles, y desarrolla acciones de ayuda social y humanitaria junto a otras Fundaciones independientes, como la del Real Madrid •





UN SEGURO
A LA MEDIDA
DE SU
NEGOCIO

Hasta un

25%*
dto.

**en su seguro
de Clínicas Odontológicas**

NUEVAS COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.

- ✓ SERVICIO DE MANITAS PARA PEQUEÑAS REPARACIONES
- ✓ SERVICIO DE MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ SERVICIO DE ASISTENCIA INFORMÁTICA



www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síguenos en



A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3; Edificio nº4-A

Tel. 913 43 47 00

ama@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Villanueva, 24

Tel. 914 31 06 43

villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50

Tel. 910 50 57 01

hilarion@amaseguros.com

[DURANTE EL MES DE MAYO]

Encuentro Anual SEPES Primavera



El pasado 9 de mayo se celebró el encuentro científico anual SEPES PRIMAVERA, en el Auditorio del Hotel Meliá Castilla de Madrid. Una interesante cita profesional en la que participaron Avishai SADAN y Sillas DUARTE que expusieron las últimas novedades sobre adhesión y tecnología CAD/CAM, temas que se están trabajando en la prestigiosa Universidad del Sur de California de la que ambos proceden.

Con la cita “no son los inteligentes los que sobreviven ni los más fuertes sino los que mejor se adaptan al cambio” abrieron el curso Sadan y Duarte, para después adentrarse en el cambio de paradigma que estamos viviendo en nuestra especialidad que se ha dado gracias a los avances en adhesión y tecnología CAD/CAM.

Ambos transmitieron, de una forma muy didáctica, las bases científicas que nos permiten entender qué método de adhesión usar y los fallos habituales que cometemos en la elección de los materiales, y en la secuencia de pasos de la técnica lo que, en ocasiones, nos impiden lograr el objetivo marcado. La jornada finalizó con la exposición de

casos de rehabilitación sin tocar ni tallar la estructura dentaria, que hace años nos hubieran parecido ciencia ficción, y que hoy son una realidad.

El Profesor Jaime Gil, gran conocedor de la trayectoria profesional y de la calidad humana de ambos dic-tantes, coordinó la jornada •



Inscríbete antes del 30 de junio

45 Reunión Anual

SEPESES

SEVILLA 2015

Clínica y Laboratorio & Ciencia y Arte

9, 10 Y 11 DE OCTUBRE

Nuevo Palacio de Congresos. FIBES



www.sepessevilla.com

Síguenos en facebook y twitter

 SepesSevilla2015

 @SepesSevilla15

SEPESES

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

[GRAN ASISTENCIA DE PROFESIONALES]

La Academia Americana de Odontología Estética celebra su 31ª Reunión Anual

La Academia Americana de Odontología Estética (AACD) ha celebrado en San Francisco, entre los días 6 y 9 de mayo, la 31ª Annual AACD Scientific Session, bajo el lema “Aprender, inspirarse, conectar”. El encuentro, al que han asistido alrededor de 2.000 profesionales, ha contado con más de 48 talleres prácticos, 85 conferencias y 100 ponentes.

Los asistentes tuvieron la oportunidad de disfrutar de un amplio programa científico, en el que participó como ponente el español Juan Arias. Arias pronunció la conferencia “The reconstruction of the esthetic zone in compromised situations”, en la que abordó la importancia de la reconstrucción del periodonto, el manejo de los tejidos en la zona periimplantaria, y el uso de las membranas no reabsorbibles en la zona estética.

España estuvo también representada en la 31ª Reunión Anual de la AACD por Carlos Oteo Calatayud, director del Máster de Odontología Estética de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), quien participó en el University Educators' Foro en nombre de la UCM. Este foro de carácter internacional tiene



EL PRESIDENTE SALIENTE, JIM HASTINGS, DIRIGIÉNDOSE A LOS ASISTENTES.

como misión promover y armonizar la enseñanza de la Odontología Estética dentro de los planes de estudio universitarios.

Premios Evy

Como cada año, la AACD ha celebrado dentro de su congreso anual la Gala de la Excelencia, durante la

cual se entregaron los premios Evy a los profesionales más destacados dentro de la Odontología Estética. Los premios reconocen la contribución de los galardonados al desarrollo de “la excelencia en el arte y la ciencia de la odontología estética, dentro de los más altos estándares éticos de atención al paciente”.

El Concurso Internacional de Pósteres, el Simposio para Estudiantes y una amplia exhibición comercial han completado esta edición de la Reunión Anual de la AACD, que pasará a la historia por ser la primera vez en la que una mujer, Joyce Bassett, asume la presidencia de la Academia •



[SEGÚN LOS DATOS PUBLICADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD]

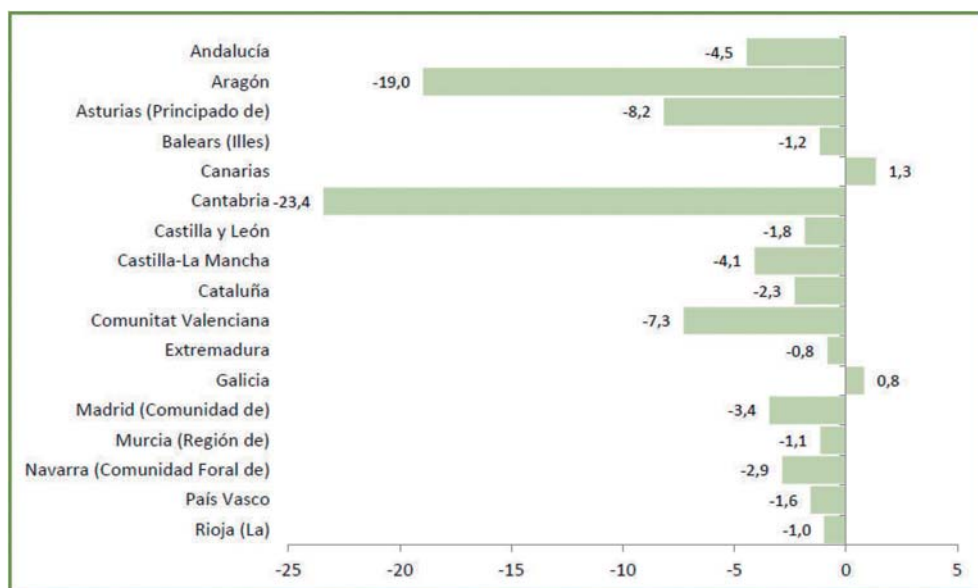
Diferencias en el gasto sanitario según las CCAA

Las diferencias en el gasto sanitario por habitante entre las comunidades autónomas puede llegar a superar los 500€ anuales. Teniendo en cuenta que la media nacional es de 1.208€ per capita, la desigualdad implica cerca de la mitad del importe total que dedican las regiones a sus habitantes.

Los datos publicados sobre el gasto sanitario en las estadísticas de 2013 publicadas por el Ministerio de Sanidad indican esta tendencia. Según este informe el País Vasco y Asturias son las autonomías que más gastan en sanidad por habitante, con 1.549 y 1.423€ respectivamente, mientras que en el otro lado de la tabla se encuentran Andalucía (1.044€) y la Comunidad Valenciana (1.109€). Sin embargo, para interpretar estos números no se deben tener en cuenta únicamente los niveles de renta sino también los mecanismos de solidaridad entre territorios, que nivelan la asignación de recursos para garantizar la equidad en el sistema.

Los datos calculados por Sanidad revelan que en el año contabilizado solo Canarias y Galicia aumentaron su gasto público en sanidad. Por el contrario, en Cantabria cayó un 23,4%, mientras que en Aragón la reducción fue del 19%. Las caídas en el resto de comunidades, aunque significativas en buena parte de los casos, no superan los dos dígitos.

Las regiones también difieren en el reparto de recursos entre los diferentes niveles asistenciales, aunque las desigualdades, al menos en el caso de la Atención Hospitalaria y Especializada, no son muy pronunciadas: la mayoría de regiones destina alrededor del 61% de su gasto sanitario total a este nivel. No obstante, cabe destacar a Madrid, donde el hospital se lleva un 69% del total de gasto



sanitario. Esta cifra está acorde, no obstante, con la idiosincrasia de una comunidad con una buena cantidad de grandes hospitales, que son además centros de referencia.



Gasto farmacéutico

Donde sí hay marcadas diferencias es en lo que cada autonomía dedica al gasto farmacéutico. Para realizar este análisis hay que tener en cuenta que en los cálculos del Ministerio no figura solo el gasto por receta (que se contabiliza mensualmente), sino también el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a hogares.

Las comunidades dedicaron, de media, el 17,6% del gasto sanitario público a la farmacia. No obstante, solo Canarias, Murcia o Aragón giran alrededor de esa cifra. Por el contrario, Galicia, la Comunidad Valenciana y Andalucía dedicaron más del 20% de la asignación sanitaria en este apartado, mientras que Navarra, Cataluña e Islas Baleares redujeron su cifra por debajo del 15% •

[VICTORINO APARICI RENUEVA SU CARGO AL FRENTE DE LA JUNTA]

El CODECS refuerza su lucha contra la publicidad engañosa

Conseguir una mayor regulación de la publicidad sanitaria, combatir las promociones engañosas en los tratamientos dentales y recuperar las competencias en la gestión de las reclamaciones interpuestas en el ámbito odontológico son tres de los retos del Colegio Oficial de Dentistas de Castellón (CODECS), que ha destacado su presidente, Victorino Aparici, durante el acto de toma de posesión de la nueva Junta de Gobierno del organismo, celebrado en su sede de la capital de La Plana.

Aparici renueva su cargo al frente de la Junta de Gobierno, que inicia una nueva andadura de cuatro años. En la lista le acompañan José Gil como vicepresidente, Luis Cerdá como secretario, Olga Casorrán como vicesecretaria, y Joaquín Chillida, al frente del área de tesorería y siete vocales.

El presidente del CODECS tiene por delante cuatro años de trabajo donde tendrá la oportunidad de consolidar los logros que, a su juicio, se han alcanzando en el anterior mandato, “sobre todo en materia de formación y de apertura del Colegio a la sociedad”, así como para trazar nuevos retos.

Entre las prioridades que destaca el Presidente del Codecs está reforzar el papel del Colegio como órgano representativo de los profesionales del sector y como defensor de sus intereses. Asimismo, Aparici ha apelado a la necesidad de seguir luchando “para que Consumo ceda al CODECS las competencias en la gestión y tramitación de las reclamaciones interpuestas por los pacientes y usuarios de las consultas dentales”.

Reclamaciones que en el caso del CODECS se elevan a una media de 14 anuales desde el año 2007 y que en un 65% de los casos se dirigen



contra franquicias o clínicas mercantilistas, según ha recordado el presidente del Colegio.

Defender la ética en la odontología

Durante los últimos meses se han lanzado varias campañas lanzadas tendentes a brindar a los pacientes las herramientas necesarias para identificar una atención bucodental adecuada y a alertar de las promociones engañosas en los tratamientos dentales.

Aparici también ha incidido en la necesidad de arrancar el compromiso de la Administración en el tema de los números clausus: “Hay que trabajar codo con codo, tanto con la Administración como con las universidades, los procesos de selección y formación de los estudiantes de odontología, para que su incorporación al mundo laboral suponga dotar al sector de la salud bucodental de los mejores profesionales”.

La formación continuada de quienes integran el Colegio de Dentistas de Castellón constituye otro de

los retos para este recién iniciado mandato. “Hemos ampliado considerablemente la oferta de cursos en este periodo, pero queremos seguir creciendo y necesitamos que los colegiados nos transmitan lo que necesitan para diseñar así una oferta formativa que responda a sus inquietudes”.

Por último, otro de los grandes objetivos del CODECS es potenciar el diálogo y la implicación de los colegiados en el día a día del Colegio. “Su participación es cada vez mayor, y queremos mantener esta tendencia, porque el futuro de la odontología depende de todos ellos. Que nos hagan llegar sus inquietudes, que digan lo que quieren... Nuestra meta es consolidar ese feedback con ellos”, ha incidido Aparici •





**ABIERTO PLAZO
DE INSCRIPCIÓN
2015 - 2016**

MÁSTERES PRESENCIALES

MÁSTER UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÉTICA
MÁSTER EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL
MÁSTER INTERNACIONAL EN CIRUGÍA ORAL
MÁSTER EN PERIODONCIA
MÁSTER EUROPEO EN ENDODONCIA
MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL

MÁSTERES ONLINE

MÁSTER EN ENDODONCIA ONLINE
MÁSTER EN ESTÉTICA DENTAL ONLINE
MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGÍA ONLINE
MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL ONLINE

POSTGRADOS

RESIDENCIA CLÍNICA EN PERIODONCIA
RESIDENCIA CLÍNICA EN PRÓTESIS BUCAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APLICADAS A LA CAVIDAD ORAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN ODONTOPEDIATRÍA
RESIDENCIA CLÍNICA EN GERODONTOLOGÍA, PACIENTES ESPECIALES Y CON COMPROMISO MÉDICO
DIPLOMATURA DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA
POSTGRADO EN CREACIÓN Y GESTIÓN DE LA CLÍNICA DENTAL

MÁS DEL **90%** DE
**PRÁCTICA
CLÍNICA**
SOBRE PACIENTES

¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

Infórmate sobre toda nuestra oferta educativa en: www.uic.es

INFORMACIÓN Y ADMISIONES
Sra. Patricia Pujol: infodonto@uic.es
www.uic.es

93 504 20 00

 **Universitat
Internacional
de Catalunya**

[GANA 18,6 MILLONES DE EUROS DESPUÉS DE IMPUESTOS]

AMA cierra el ejercicio de 2014 con un incremento del 10,6% más que en 2013



A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, obtuvo en 2014 un beneficio después de impuestos de 18,6 millones de euros, un 10,6% más que los 16,8 millones logrados el año anterior. AMA, única compañía nacional especializada en asegurar al colectivo sanitario, alcanzó en 2014 una rentabilidad del 18,7%, casi ocho puntos porcentuales por encima del 10,8% de rentabilidad media sectorial en el mismo periodo. La compañía cerró el pasado ejercicio con un margen de solvencia de 176,67 millones de euros, más de cinco veces el mínimo exigido, lo que le sitúa muy holgadamente por encima del requisito fijado en la normativa de solvencia. Asimismo, finalizó 2014 con un exceso de cobertura de provisiones técnicas de casi 140 millones de euros, un 62% más de lo exigido.

El incremento de los beneficios la Mutua se consiguió gracias a un mayor esfuerzo en la gestión del riesgo y el control de costes, según informó a los mutualistas el presidente, el doctor Diego Murillo.

El ajuste de precio con los proveedores o el empleo de procesos de automatización y detección del fraude

han sido los factores claves para que la siniestralidad neta de reaseguro haya ascendido a 88,8 millones de euros, un 12% menos que en 2013. El número de siniestros declarados descendió un 5,1% en el año.

El presidente de A.M.A. informó también a sus mutualistas de que la firma sigue adelante con su política de expansión en Latinoamérica. En esta línea la Mutua acaba de constituir en Ecuador la sociedad AMA América, ya autorizada a actuar en el ramo equivalente al de Responsabilidad Civil Profesional español, y tiene muy avanzada su entrada en Colombia.

Sobre la evolución en España, Murillo indicó que las primas devengadas en el ejercicio representaron 164,9 millones de euros, con un descenso anual del 2,1%, debido, sobre todo, a nuevas promociones y a los descuentos sobre primas medias aplicados a asegurados.

Líderes en el seguro de automóvil

Murillo destacó la elevada calidad de la cartera de productos de A.M.A., como puso de manifiesto el Índice Stiga de Satisfacción del Consumi-

dor Español, ISSCE, de diciembre de 2014. Se trata del mayor estudio independiente sobre marcas españolas, y ha situado a la Mutua como compañía líder en seguros de automóvil por calidad percibida, fidelidad, prescripción y compromiso. Además, el precio de sus seguros de coche obtiene la mejor puntuación de todo el estudio.

Por segmentos, A.M.A. creció el año pasado en el seguro de Responsabilidad Civil Profesional un 18,8%, superando ya ampliamente los 300.000 asegurados. La Mutua también ha crecido en su cartera de diversos, y muy especialmente en sus seguros Multirriesgos de Hogar, con un alza del 7,6 por ciento, muy por encima de la media sectorial, que tan solo fue de un 1,3% •



MASTER EN IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL

VI Edición

Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Bases Anatómicas, Biológicas y Fisiológicas | Diagnóstico, Planificación, Tratamiento | R.O.G. | Injerto Óseo | Elevación Sinusal | Cirugía Mucogingival | Laser | Cirugía mínimamente invasiva Guiada por Ordenador | Implantes Cigomáticos | Escaner Intraoral | Cad-Cam | Prótesis sobre Implantes. Estructuras pasivas sin tensión.



Dr. Ventin



Dr. Arévalo



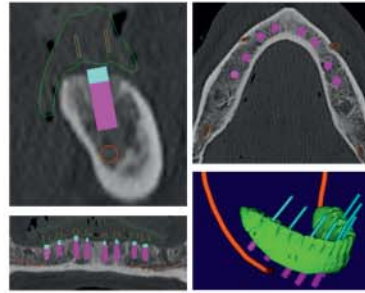
Dr. Murillo



Dr. L. del Moral



Dr. Carrera



Objetivos: aprender a diagnosticar, planificar y ejecutar la Práctica de la Cirugía Oral y de la Implantología con seguridad y precisión.



Módulo Clínico: los alumnos colocan Implantes y realizan R.O.G., Elevación de Seno, Injerto Óseo, cirugía oral y mucogingival.



Dr. Marquez



Dr. Varela



Dr. Rivas



Dr. Rubianes



Dr. Rosell

MASTER EN ORTODONCIA

Protocolo moderno sistematizado para manejar el diagnóstico con seguridad, con el objetivo del control y programación del acabado preciso de los casos ya desde el principio | Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Desde la técnica de Arco Recto, MBT al Autoligado Torque individualizado | Ortodoncia Funcional | Microtornillos | Alineadores | Estabilidad Retención | Ortodoncia avanzada 3D | Seguimiento de los casos.



Dra. Pons



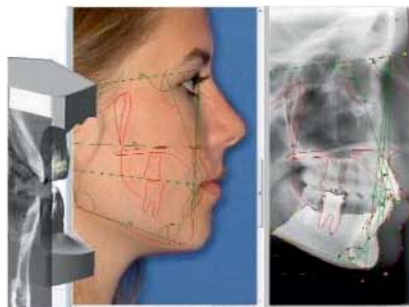
Dr. Velo



Dra. Véliz



Dr. Betrán



Excelencia en Formación

60 / 120 créditos ECTS

De octubre del 2015 a Junio del 2016
Facultad de Medicina UDL y centros adscritos

e den
formación dental

Información e inscripciones:

Tel: 681 000 111
info@edenformacion.com
www.edenformacion.com



Universitat de Lleida



Colaboran:
Facultad de
Estomatología
Villa Clara - Cuba



Per® Dental
Orthodontics
Implantology

Alerta de productos sanitarios

La Directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha decretado el cese de la utilización de todos los productos sanitarios fabricados por la empresa IMPLADINE S.L., ubicada en la calle Europa, 16, Sant Antoni de Vilamajor, Barcelona, que fabrica y comercializa productos sanitarios de uso dental, tales como implantes dentales y otros productos para la reconstrucción de piezas dentales.

Esta resolución del Ministerio de Sanidad, en concreto, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, motivada por la Dirección General de Ordenación y Regulaciones Sanitarias de la Generalitat de Cataluña viene a corroborar el hecho de que existen constatadas diferencias en la calidad de productos sanitarios dentales, como es en el caso de implantes y elementos para la reconstrucción de piezas dentales.

La oferta del mercado es, en estos momentos tan grande que, en ocasiones, el paciente pierde el criterio sobre la calidad, y finalmente, se deja guiar por la variable precio. Ante esta situación este tipo de actuaciones del Ministerio son absolutamente indispensables •

Pueden leer el documento completo a continuación



DEPARTAMENTO
DE PRODUCTOS SANITARIOS

Alerta Nº: 2015-236

REFERENCIA: PS/CV/VC/Cont_1825

ALERTA DE PRODUCTOS SANITARIOS

ASUNTO: Resolución de la Directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de cese de la utilización de todos los productos sanitarios fabricados por la empresa IMPLADINE S.L., Barcelona.

PRODUCTOS AFECTADOS: Todos los productos sanitarios fabricados por la empresa IMPLADINE S.L., Barcelona.

MENSAJE:

La Directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha decretado con fecha de hoy **el cese de la utilización de todos los productos sanitarios fabricados por la empresa IMPLADINE S.L., ubicada en la calle Europa, 16, Sant Antoni de Vilamajor, Barcelona**, que fabrica y comercializa productos sanitarios de uso dental, tales como implantes dentales y otros productos para la reconstrucción de piezas dentales.

Esta resolución viene motivada por la comunicación de la Dirección General de Ordenación y Regulaciones Sanitarias de la Generalitat de Cataluña, en la que informan de las investigaciones llevadas a cabo en las instalaciones de la empresa IMPLADINE S.L, que han puesto de manifiesto graves infracciones de la legislación de productos sanitarios, por lo que han resuelto ordenar el cese de fabricación, puesta en el mercado y comercialización, así como la retirada del mercado de todos los productos sanitarios fabricados por IMPLADINE S.L. en dichas instalaciones.

La empresa IMPLADINE S.L. ha estado fabricando sin la preceptiva licencia sanitaria de funcionamiento y ha estado comercializando productos que no se encuentran amparados por un certificado de conformidad CE que avala el cumplimiento de los productos con los requisitos establecidos en el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. Algunos de los productos llevan un marcado CE con número 0051, que ha resultado ser un marcado CE falso.

De acuerdo con la información disponible, los implantes dentales se han fabricado con Titanio de calidad adecuada para uso médico y en el procedimiento de fabricación se contemplaba la esterilización de los productos con radiación gamma. La empresa disponía, igualmente, de un certificado conforme a la Norma EN ISO 13485:2012: Productos Sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios, que se encontraba en vigor.

La AEMPS no ha recibido notificaciones de incidentes adversos ocurridos en España con productos sanitarios de la empresa IMPLADINE, S.L.

Por todo lo anterior,

1. **Los centros y profesionales sanitarios deben cesar de forma inmediata la utilización de los productos sanitarios de la empresa IMPLADINE S.L**
2. **Los centros y profesionales sanitarios identificarán y localizarán a los pacientes portadores de implantes dentales de la empresa IMPLADINE SL. y realizarán una revisión, que incluirá exploración radiológica y biomecánica, para verificar la ausencia de infecciones, así como el correcto estado y funcionalidad del implante.**

Los pacientes portadores de implantes quedarán sujetos a las revisiones que resulten procedentes de acuerdo con las circunstancias clínicas de cada paciente, que, en todo caso, se llevarán a cabo con carácter anual.

Finalmente, se recuerda a los profesionales sanitarios la obligación de comunicar cualquier incidente adverso relacionado con un producto sanitario, de acuerdo al procedimiento establecido en las [Directrices para la aplicación del sistema de vigilancia por los centros y profesionales sanitarios](#) (Ref.: AEMPS/CTI-PS/Octubre 2010) y los formularios relacionados.

Madrid, a 28 de mayo de 2015
LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
PRODUCTOS SANITARIOS



Fdo.: M^a Carmen Abad Luna

FDM 2015

Ciencia, Tecnología y Solidaridad



El certamen, que se ha celebrado del 7 al 9 de mayo en el pabellón 1 del recinto de Gran Via de Fira de Barcelona, ha reunido una vez más a los más destacados profesionales de la profesión.

La participación de la industria, con un total de 150 expositores en representación de todos los segmentos relacionados con el cuidado bucodental ha aportado importantes noticias ya que se han presentado más de 60 novedades en productos, técnicas o materiales, entre las que destaca el uso de la tecnología digital para el tratamiento de determinadas patologías bucales.

El Fórum Dental ha vuelto a contar con un gran programa científico-técnico que bajo el nombre de European Dental Congress ha organizado jornadas específicas para odontólogos, protésicos dentales, higienistas y logopedas, que han congregado a más de 1.000 congresistas. En este sentido, cabe destacar la sesión a cargo del doctor brasileño Sidney Kina, especialista en Prótesis Dental y uno de los más prestigiosos odontólogos del mundo.



También destacamos la celebración del Primer Certamen Fotográfico de Odontología Social que “Odontólogos de Hoy” ha organizado con la colaboración de FDM y el apoyo de diez casas comerciales que aportarán los premios en material profesional. Más de 150 imágenes han sido expuestas durante los días del certamen para su visionado y posterior votación.

El Director del Fórum Dental, Roger Mitjana, ha querido agradecer “la colaboración de las empresas expositoras y de instituciones como el COEC, el Colegio de Logopedas de Cataluña, el Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Cataluña (COPDEC) y la Asociación de Higienistas y Auxiliares Dentales de Cataluña en la organización tanto del Fórum Dental como del European Dental Congress”. Mitjana ha señalado que “gracias a todas ellas, el certamen ha cubierto

las expectativas previstas y se puede catalogar, por tanto, como un verdadero éxito”.

La organización estima que más de 10.000 profesionales han visitado el Fórum Dental 2015. La próxima edición del Fórum Dental tendrá lugar en 2017 •

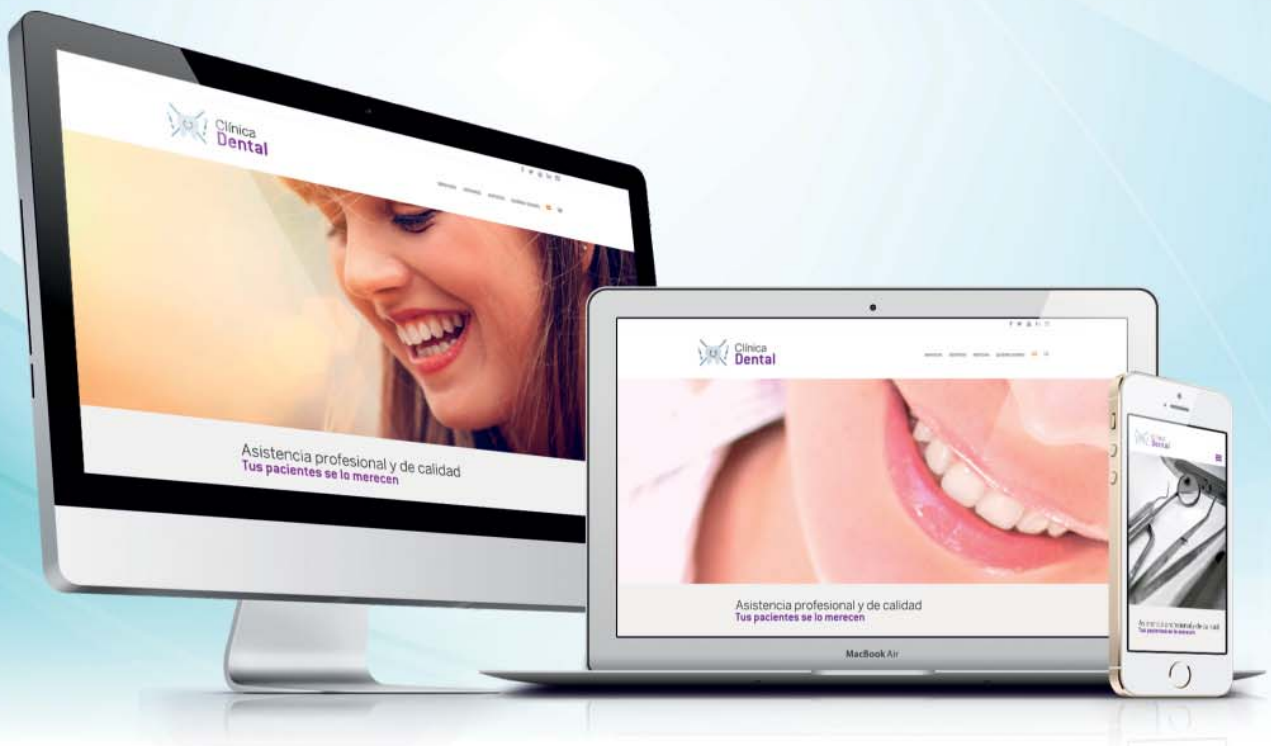
FDM Forum Dental
2015



El público profesional ha apoyado con su presencia todas las conferencias y talleres organizados en FDM

Oklok

Tu clínica se merece comunicación de calidad



- Diseño y desarrollo de página web.
- Diseño y envío de emailing y newsletter.
- Gestión de redes sociales.
- Maquetación y creación de contenido para publicaciones digitales.

¡Llámanos!
91 366 55 24

Tu agencia de diseño y publicidad

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

Oklok

¡Síguenos!





DVD

Developing Value in Dentistry

MIS[®] IBERICA

DENTSPLY

SUNSTAR

G·U·M[®]
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

DENTAL
Lab

FINCLINIKS
FINANCIACIÓN CLÍNICA

NORMON
DENTAL

ADIN
ADIN IBERICA - DENTAL IMPLANT SYSTEMS

antón^{ISL}
suministros
dentales
Sencillamente
todo lo que necesites

FOTOLANDIA
dental



La industria ha aprovechado la nueva edición de FDM para la presentación de sus últimos productos y servicios



COLABORADORES



MOZGRAU®
IMPLANTES DENTALES

NSK


Osteògenos
Dental Surgical Devices

uic Universitat
Internacional
de Catalunya

 **A.M.A.**
agrupación mutual
aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Calidad a precio justo
sivp
dental

 **PUNTEX**
www.puntex.es

gsk


sweden & martina

Oklok®





Éxito de las Jornadas de Primavera 2015 de AECAD

La convocatoria de estas Jornadas en FDM 2015 tuvo una gran acogida. En este encuentro, la Asociación Empresarial de Clínicas Dentales de Catalunya presentó un programa rico en novedades técnicas, siguiendo la dinámica de lo que se prevé será el futuro de la odontología, una disciplina cada vez más apoyada en los avances técnicos. Como no podía ser de otra manera se presentaron todas las ventajas y oportunidades que la Asociación Empresarial aporta constantemente a sus socios.

Asimismo, en las Jornadas de Primavera se presentó en primicia el proyecto “ACCIÓN DENTAL”, y el sello ECO, una nueva estrategia de respuesta de las clínicas tradicionales frente a los centros franquiciados, mercantilistas y de aseguradoras. Sin duda, una excelente herramienta para la defensa del mercado dental clásico •





OLYMPUS KIT Medical & Macro



Objetivo Zuiko
60 mm Macro



Empuñadura HDL-6



Cámara
OM-D E-M5



Anillo FR-2



Flash DÖRR
Combi TTL

Uso: Cualquier tipo de fotografía médica y científica: Odontología, Dermatología, Estética, Cirugía Plástica, etc.

Ventajas: Con respecto a otras marcas y modelos del mercado, el Kit Medical y Macro se caracterizan por la facilidad de manejo debido a la fiabilidad de nuestro sistema TTI. Poniendo los parámetros necesarios cualquier persona, aunque no sea un experto fotógrafo: Doctor, Enfermera, Higienista, Auxiliar, puede realizar unas extraordinarias fotografías.



- Fiabilidad del color.
- Alta sensibilidad (ISO 200 - 25600).
- Posibilidad de intercambio de objetivos y cambio de tomas por objetivos.
- AF de alta velocidad: el más rápido del mercado*.
- Mayor nivel de detalle en las texturas.
- Visión de la imagen por pantalla en el momento de la toma (Live View).
- Control preciso de la iluminación.
- Durante el disparo con Live View puede elegir entre cuatro formatos diferentes. (4:3, 3:2, 16:9, 6:6).
- Pantalla OLED abatible y táctil.
- Sensor Live MOS de 16,1 Megapíxeles.
- Vídeos en Full HD.
- Estabilizador de imagen en 5 ejes incorporado en el cuerpo.
- Resistente al polvo y a las salpicaduras.

* Entre las cámaras digitales con objetivos intercambiables a fecha 8 de febrero de 2012, al usar el objetivo OLYMPUS M.ZUIKO DIGITAL ED 12-50mm 1:3.5-6:3 EZ con la E-M5. Datos básicos en las condiciones de medición internas de Olympus.

Disfruta además de las ventajas de un excelente servicio y cobertura.



Una excelente calidad en el Servicio

Puesta en marcha del equipo tanto por teléfono como de forma personalizada.



Solución de problemas

A través de consulta telefónica de cualquier duda o problema.



Tramitación de las reparaciones.

En caso de avería, cesión de otro aparato de cortesía mientras dure la reparación.

Asistencia del colectivo "Salvemos la Odontología"

El colectivo "Salvemos la Odontología" asistió a la última edición de FDM para denunciar la actual plétora profesional así como la publicidad engañosa. Los voluntarios allí presentes tuvieron la oportunidad de acercarse a otros profesionales que visitaron el salón, para compartir con ellos la problemática actual y animarlos a unirse a la defensa de una Odontología Digna y de Calidad, así como al foro de Facebook que da cabida a estas ideas, y donde actualmente se aglutinan casi 7.000 odontólogos de toda España •





Reunión de ONG's

El día 8 de Mayo de 2015, tuvo lugar una interesante reunión de ONGs en Barcelona, dentro del Forum Dental del Mediterráneo.

Durante el transcurso de la reunión se abordaron diversas cuestiones de interés relacionadas con las dificultades que entraña la cooperación y el voluntariado en países en vías de desarrollo. También se expusieron los problemas y necesidades de cada una de las ONGs asistentes al encuentro •



En esta reunión participaron:

- DentalCoop:** Dr. Alberto Pérez-Porro.
- Dentistas Sin Fronteras:** Dr. Ignacio de Urbiola.
- Fundación Vicente Ferrer:** Dr. Vicente Lozano de Luaces.
- Odontología Solidaria:** Dr. Albert Cabestany.

FDM: el sector opina

Representantes de la industria y el sector valoran los resultados del Fórum Dental del Mediterráneo



“En esta edición de FDM 2015 hemos cumplido nuestras expectativas dando a conocer los nuevos productos que hemos lanzado al mercado últimamente como el Implante ANCLALOCK de nuestra marca” •

Mercedes Arxé
Dirección Comercial
Ancladen
www.ancladen.com

“En términos generales, pienso que la actual edición de FDM ha mejorado sustancialmente respecto a la anterior en afluencia de personas, calidad del contenido de las ponencias y organización del espacio comercial. En cuanto al análisis del evento en el stand de Septodont la afluencia de dentistas ha sido buena, realizando una actividad de venta e información superior a otros eventos. La afluencia de profesionales a nuestro stand ha sido constante durante los tres días

del evento, a excepción del sábado en que a partir de las 14h la afluencia decayó. Quizá es un poco pronto para emitir un veredicto, pero creemos que la inversión ha sido recuperada en términos de imagen y ventas” •

David Lorenzo
Marketing & Sales Director
Septodont
www.septodont.com



“Ésta ha sido mi primera asistencia a la FDM y la verdad es que me he quedado sorprendido por la calidad de los trabajos presentados, seminarios y ponencias impartidas durante la feria.

Por otro lado me gustaría destacar la variedad y profesionalidad de todas las empresas que han montado stand en la exposición comercial, así como del gran número de profesionales que han asistido al evento.

Sólo espero que en el 2017 nos veamos todos de nuevo y podamos contribuir a que el éxito de la feria se vuelva a repetir” •

Antonio Espada
Responsable de ventas
de restauradora en Dentsply
www.dentsply.es

“Para Infomed el Forum Dental es una buena oportunidad para contactar con nuestros clientes y presentarles los nuevos productos para un test final en el mercado. En tres días tenemos la oportunidad de conocer de primera mano sus necesidades e inquietudes, así como las posibles áreas de mejora para nuestra compañía. Asimismo, se convierte en un buen

lugar para interactuar con otras empresas del sector, intercambiar ideas y oportunidades de colaboración” •

Sonia Leonart Dormuá
Grupo Infomed
www.grupoinfomed.es



“En esta edición hemos ampliado nuestra participación con respecto a la edición anterior pasando de un stand modular a uno más amplio y de diseño propio. El resultado ha sido muy positivo para nuestra marca y creo que para todos los participantes, tanto de la industria como los vi-

sitantes. Pensamos volver en 2017 a un salón como éste que resulta ideal para presentar nuestros productos y novedades” •

Fernando Valenzuela
NSK
www.spain.nsk-dental.com

“En opinión del equipo de Ueda, el Forum Dental Mediterráneo ha mejorado respecto a las anteriores ediciones. El número de asistentes en esta edición ha crecido, la mejor coyuntura económica unida a la presentación de novedades en nuestros productos ha generado un significativo aumento en nuestra cifra de negocio en esta edición” •

Luis López de Uralde
Ueda Europa S.A
www.ueda.es



“En esta edición en que hemos vuelto a estar presentes en el salón FDM nuestra impresión ha sido muy positiva. Nuestro primer valor como empresa es el asesoramiento permanente a nuestros clientes y la presencia en un salón como este de FDM, en que disponíamos hasta de un sillón dental para explicar en vivo las técnicas de fotografía dental, nos

ha permitido prestar un servicio de asesoramiento de calidad a todos los clientes que se han acercado a visitarnos. Esperamos repetir la experiencia en el FDM 2017” •

Marcel Martín
Fotolandia
www.fotolandia.cat



1^{er} Certámen Fotográfico Odontología Social ODH/FDM Fotografías ganadoras



Durante el transcurso de la IX Edición del Forum Dental del Mediterráneo, celebrado en Barcelona del 7 al 9 del pasado mes de mayo, la revista “Odontólogos de Hoy”, en colaboración con FDM, organizó el 1^{er} Certamen Fotográfico de Odontología Social ODH/FDM.

El fin de este concurso es dar a conocer las múltiples actividades sociales en las que participan los profesionales de la salud y fomentar la colaboración de personas e instituciones en estas labores. El certamen ha contado con la participación de 160 imágenes enviadas por diversas ONG's y profesionales que desarrollan diversos proyectos de Odontología Social en países del Tercer Mundo y en España.

Las empresas que han apoyado esta iniciativa patrocinando los premios han sido: DVD, Mis Ibérica, Dentsply, Sunstar Iberia Gum, Dental Lab, Fin Cliniks, Laboratorios Normon, ADIN Ibérica, Suministros Dentales Antón y Fotolandia.

La acogida al certamen ha sido muy positiva, y se han contabilizado 872 votos de los asistentes a FDM, de los

que han salido los premiados. El primer premio ha correspondido a Mylena García Escobar, de la Fundación Vicente Ferrer, el segundo premio ha sido para Marc Encinas, de Dental Coop, el tercer premio ha sido para Antonio Castaños, de FOS, el cuarto para David González Alarcón, de Zerca y Lejos, el quinto para Beatriz Fernández Sainz de Baranda, de Dentistas sin fronteras, el sexto para Roberto San Miguel, de Camins Solidarts, el séptimo ha sido para Santiago Costa, de Adesci, el octavo ha sido otorgado a Pedro Álvarez Mateo, de Cruz Roja Valencia, el noveno a Jennifer Lander Blasco, de Consultorio Solidario COENA y el décimo a Nuria Serrano, de Etiopía Utopía.

Las expectativas de la organización del certamen han sido ampliamente superadas tanto en participación en el concurso, como el número de participantes en la votación que se realizó conjuntamente entre el jurado calificador, y todos aquellos asistentes al Salón FDM que quisieron participar con su voto •



Mylena García Escobar
Semillas de enseñanza
Fundación Vicente Ferrer

1^{er} Premio

Patrocinado por:

DVD

Developing Value in Dentistry



Marc Encinas
Dental Coop

2^o Premio

Patrocinado por:

MIS
IBÉRICA



Antonio Castaño Seiquer
FOS

3^{er} Premio

Patrocinado por:

DENTSPLY



David González Alarcon
Zerca y lejos

4^o Premio

Patrocinado por:

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



Beatriz Fernández Sainz de Baranda
Dentistas sin fronteras

5° Premio

Patrocinado por:

DENTAL
Lab



Roberto San Miguel C.
Camins Solidaris

6° Premio

Patrocinado por:

FINCLINIKS
FINANCIACIÓN CLÍNICA



Santiago Costa
Adesci

7° Premio

Patrocinado por:



8° Premio

Pedro Álvarez Mateo
Cruz Roja Valencia

Patrocinado por:





9° Premio

Jennifer Lander Blasco
Coena

Patrocinado por:



10° Premio

Nuria Serrano
Etiopía Utopía

Patrocinado por:



[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau Bio-CAM amplía su gama de conexiones fresadas

MG Bio-CAM

El centro de fresado MG Bio-CAM amplía su catálogo de pilares CAD/CAM para los principales sistemas de implantes incluyendo pilares personalizados para conexión tipo Biomet 3i Certain® que se suman a las ya existentes (Conexión tipo Brånemark®; Straumann®; Nobel Replace®; Zimmer®; Astra Tech®...).

MG Bio-CAM trabaja con cromo-cobalto y titanio de la más alta calidad y las más avanzadas estrategias de fresado (Delcam®), lo que garantiza la exactitud de medida entre el archivo, el trabajo final y las estructuras •

[SECOM]

Mozo-Grau participó en la 23 Edición del Congreso organizado por la SECOM

Mozo-Grau ha estado presente en el 23º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM) que se celebró del 4 al 6 de junio en Oviedo.

La firma ha mostrado su apoyo a la SECOM (Sociedad de la que es patro-

cionador) consciente de la importancia de la investigación e intercambio científico, uno de los pilares más importantes para Mozo-Grau •

[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau amplía su gama de soluciones protésicas

Mozo-Grau amplía su gama de soluciones protésicas incluyendo pilares con diámetro 5mm dentro de su familia MG InHex. Estas nuevas prótesis se suman a las ya existentes dentro de los pilares fijos hexagonales: con diámetro 4 y 6mm., y al pilar angulado: diámetro 4mm (ambos para plataforma estándar y maxi).

Además, atendiendo a las sugerencias de sus clientes, Mozo-Grau ha diseñado un nuevo pilar tallable para plataforma InHex estándar. Este pilar fijo definitivo tiene una altura de 2mm •

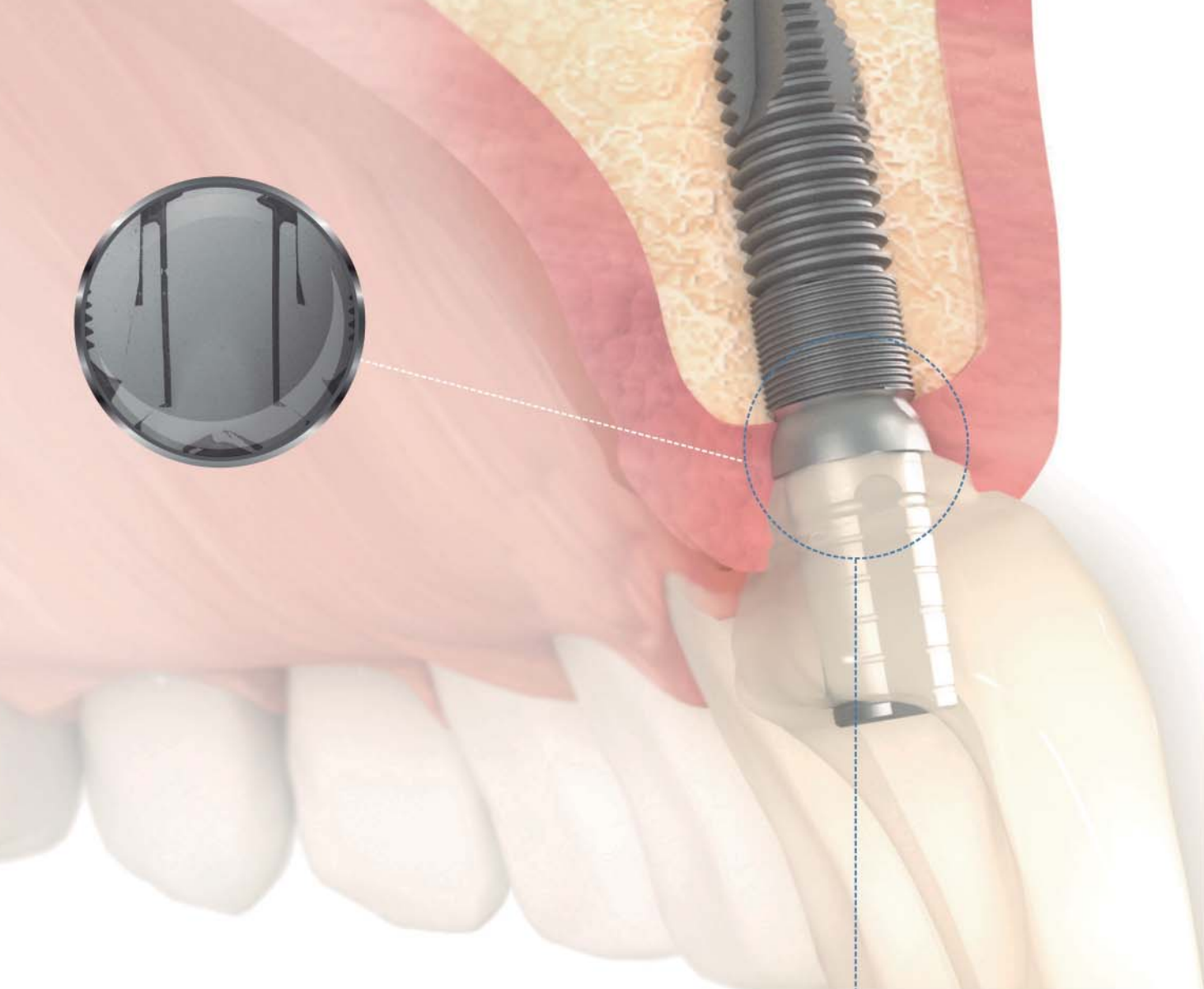
MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES

sociedad española de cirugía oral y maxilofacial



MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES





CALIDAD en los ajustes.

Línea Integral® - Disponible en MG Osseous y MG InHex, junto al Código Explorer®, garantiza la confianza en la rehabilitación completa.

A medida que se avanza en la fabricación de la prótesis, en cada una de las fases del proceso se producen distorsiones que pueden dar lugar a que no se consiga el éxito del tratamiento.

Mozo-Grau, a través de su Línea Integral ofrece una solución conjunta de implante + aditamento que garantiza la calidad del ajuste* como si de una soldadura en frío se tratase.

De esta manera se reducen las complicaciones tales como micromovimientos, contaminación bacteriana, fractura de aditamento ó tornillo, aflojamientos que pueden provocar: fractura, fallo en la osteointegración etc., logrando así una prótesis duradera.

Línea Integral®

MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES

[INIBSA]

Expazen se presentó en FDM 2015 como el primer hilo en pasta

FDM 2015 fue el escenario de presentación del nuevo producto de Inibsa Dental: Expazen, en su categoría de Restauración y Prótesis. Gracias a Expazen el mercado de la apertura sulcular se revoluciona, ya que se trata del primer hilo

en pasta que consigue la misma calidad de apertura que el hilo retractor, pero sin los inconvenientes del mismo.

El nuevo producto posee propiedades que lo convierten en un producto único en el mercado:

- Rápida apertura sulcular, en sólo dos minutos y puede permanecer en el surco hasta 12 minutos.
- Sin sangrado, hemostasia secundaria por acción mecánica.
- Seguro para el periodonto y sin dolor para el paciente.

Además, gracias a su viscosidad, se consigue una alta precisión para abrir eficazmente el surco sin dañar la fijación epitelial.

La cápsula es innovadora y ergonómica, con un diseño exclusivo, equipada con una boquilla de diámetro ideal, que no penetra jamás en el surco. La cápsula Expazen se ha diseñado para insertarla en un aplicador de composite, y así simplificar el procedimiento •



[NUEVA LÍNEA]

NSK presenta iClave plus, nuevo autoclave con tecnología de vanguardia

NSK presenta dentro de su nueva línea de autoclaves, iClave plus, que reúne en un diseño elegante y compacto las prestaciones más avanzadas para la esterilización de piezas de mano, contra-ángulos y turbinas. Su cámara de 18 litros de capacidad cuenta con un volumen útil equiva-

lente a un autoclave de 24 litros. Al estar hecha de cobre y contar con su exclusivo sistema de calentamiento de tipo "calor adaptativo", permite alcanzar una temperatura homogénea en todo el interior de la cámara.

El producto iClave plus ofrece mayor capacidad y mayor seguridad •

NSK

CREATE IT.

NSK

CREATE IT.

¡NUEVO!

iClave plus



MAYOR SEGURIDAD · MAYOR CAPACIDAD

iClave

SERIE DE AUTOCLAVES



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

[JOSÉ FÉLIX MARTÍ MASSÓ]

“La actividad investigadora no está valorada por los políticos ni por la sociedad”

José Félix Martí Massó, (Constantí, Tarragona, 1947), médico e investigador de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) ha recibido recientemente el Premio Euskadi de Investigación 2014. Martí, licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, es especialista en Neurología y Medicina Interna. En la actualidad es Profesor Titular de Neurología Médica en la Universidad del País Vasco y Jefe de Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica en el Hospital Universitario Donostia. Su labor investigadora es fundamentalmente aplicada y orientada a resultados, y se materializa en la observación de grupos de pacientes singulares que sufren alteraciones o respuestas terapéuticas peculiares, cuya comprensión ayuda a entender mejor el funcionamiento del sistema nervioso, o a tratar mejor a los pacientes. La actividad investigadora del Profesor Martí Massó se complementa con su participación en estudios prospectivos, tanto de tipo epidemiológico, como de tipo clínico-terapéutico o genético.

MARÍA JOSÉ GARCÍA







Odontólogos de Hoy: *Tras una larga trayectoria jalonada de múltiples investigaciones, estudios prospectivos de diferentes disciplinas y actividad docente ha recibido recientemente el Premio Euskadi de Investigación 2014, ¿qué representa para usted esta distinción?*

José Félix Martí: Este premio es la máxima distinción que se otorga a un investigador en el País Vasco. Me siento muy honrado de compartir un premio que en las ediciones anteriores han obtenido investigadores ilustres a los que admiro. Soy el primer médico con actividad asistencial que recibe el premio y por ello, también es una responsabilidad y adquiero el compromiso de estimular a los médicos que realizan una actividad asistencial a que desarrollen una actividad investigadora.

ODH: *Entre sus principales logros científicos destaca el descubrimiento del síndrome de "Pseudomigraña con pleocitosis del LCR", ¿nos puede comentar en qué consiste esta patología?*

J.F.M: Hoy se suele denominar HaNDL (The syndrome of transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis). Ocurre preferentemente en varones de edades medias, sin anteceden-

tes de migraña ni factores de riesgo vascular. Presentan de forma aguda un cuadro de cefalea con síntomas focales (afasia, hemiparesia, trastorno sensitivo hemicorporal, trastorno visual y en ocasiones alteración de conciencia), generalmente transitorios de horas de duración y frecuentemente recurrente durante una o dos semanas, de forma que sugiere una migraña o un ictus. El EEG es anormal con lentificación llamativa y si se le hace una punción lumbar el LCR es igual que el de una meningitis vírica. El cuadro no se acompaña de fiebre. Es autolimitado y benigno, de forma que siempre, a pesar de la aparente gravedad inicial, los pacientes se recuperan completamente.

ODH: *Además de su faceta como investigador científico, la docencia forma una parte importante de su vida profesional. ¿Qué le aporta ese aspecto de su actividad?*

J.F.M: En paralelo con el trabajo asistencial he desarrollado mi actividad docente que tiene dos facetas diferentes, pero complementarias. La primera es la universitaria. Como profesor de la UPV imparto las clases de neurología de pregrado, y participo en los cursos y master de neurociencias.

Mi otra faceta docente es la de postgrado en el Hospital. He sido tutor de unos 40 residentes de neurología que han hecho la especialidad en nuestro servicio desde 1976. Estos trabajan como neurólogos en el Hospital U. Donostia, en los comarcales de Guipúzcoa, y en otros centros de fuera de nuestra comunidad autónoma.

Una parte importante de la docencia de los especialistas tiene que ir orientada a los médicos de cabecera. Ellos tienen que detectar los síntomas iniciales de las alteraciones neurológicas, orientar al paciente de forma adecuada, y luego controlar la evolución y el tratamiento. Por ello organizo periódicamente cursos de neurología para ellos y hemos escrito un libro de neurología para los médicos de atención primaria, revisando una edición anterior personal que tuvo mucho éxito.

ODH: *¿Es cierto que las facultades intelectuales disminuyen con la edad?*

J.F.M: Algunas facultades disminuyen desde edades relativamente pronto. Todos tenemos claro que perdemos velocidad de procesar la información y memoria en algunos aspectos desde los 35 años. Existen algunas capacidades cognitivas que con la información adquirida por la experiencia permiten tener resultados satisfactorios. Si a mis 68 años me piden que compita en jugar con uno de 25 en un juego de velocidad de reacción sé que voy a perder, pero si nos ponen frente a un paciente y tenemos que hacer un ejercicio de buscar hallazgos en la exploración, diagnóstico diferencial y posible diagnóstico tengo ventaja sobre el médico joven.

“
Empezamos a perder velocidad de procesar la información y memoria en algunos aspectos desde los 35 años.
”

ODH: *¿Qué podemos hacer para mantener nuestro cerebro en forma?*

J.F.M: El cerebro es un órgano de nuestro cuerpo y debe cuidarse como el resto del cuerpo. Por un lado es necesario evitar, controlar o corregir los factores de riesgo vascular: control de la tensión arterial, de la glucemia, evitar la obesidad, evitar el tabaco, evitar el exceso de alcohol, control de la hipercolesterolemia. El ejercicio físico ayuda a mantener en forma a todo el cuerpo. La alimentación debe ser adecuada para el control de los factores mencionados. La dieta mediterránea es probablemente adecuada. Conviene conocer qué alimentos nos perjudican y cuales toleramos.

Además debe de mantenerse una cierta actividad intelectual, recreativa y social. Participar en deportes como el golf o el ajedrez o en bailes de salón seguro que son saludables, y te ayudan a ser algo más felices.

ODH: *¿Cree que la población en general está lo suficientemente informada de enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson, el Alzheimer o la ELA?*

J.F.M: La mayoría de la población no quiere tener más información, porque induce miedo y angustia. Sin embargo, en todas las familias existe algún paciente con demencia por enfermedad de Alzheimer, y en muchas, pacientes con enfermedad de Parkinson. Creo que el problema es que si uno no fallece de un cáncer o de una enfermedad vascular sabe que con alta probabilidad va a sufrir una de estas enfermedades.

Para los neurocientíficos estas enfermedades son un reto muy importante. Hoy conocemos que son alteraciones de determinadas proteínas celulares que se conforman y eliminan de forma anormal y resultan neurotóxicas. La alteración proteica de la enfermedad de Parkinson probablemente ocurre inicialmente muchos años antes en el sistema nervioso del tubo digestivo y se va propagando al sistema nervioso central. Buscar mecanismos que eviten o retrasen esta propagación o la toxicidad es uno de nuestros objetivos principales de investigación.

ODH: *¿Se puede prevenir la demencia?*

J.F.M: Hoy no tenemos medidas eficaces para prevenir la demencia que producen la mayoría de enfermedades degenerativas (enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, etc). Pero las medidas que he comentado anteriormente (control de factores de riesgo vascular, dieta, ejercicio físico, actividad intelectual, relaciones sociales y evitar tóxicos) probablemente retrasan la aparición de la demencia.

ODH: *En la coyuntura de estrechez de los últimos años en nuestro país, ¿cuál es su valoración de la situación de la investigación en España?*

J.F.M: Tengo la impresión de que ni los políticos ni la sociedad han valorado la actividad investigadora como algo importante y eficaz. Si se hiciera una encuesta donde la gente votara si prefieren tener su equipo de fútbol compitiendo en primera división o en las ligas europeas, o que su Universidad esté entre las 200 mejores del mundo en nivel de investigación, me temo que saldrían ganadores los futbolistas. No creo que ninguna universidad tenga el presupuesto en investigación que tienen los equipos de fútbol de primera división.

De todas formas, en los últimos años se investiga más y mejor en España. Pero estamos lejos de alcanzar los niveles deseables para nuestro nivel de desarrollo económico y social.

“
Los investigadores deberían de conocer cuáles son sus posibilidades para el futuro y qué niveles puede alcanzar.”

ODH: *Ante la fuga de talentos, ¿cómo cree usted que debería actuar la Administración para retener a esos profesionales?*

J.F.M: Creo que debería de regularse la carrera profesional de un investigador. En los centros universitarios, en los institutos de investigación sanitaria, y en todas las instituciones públicas y privadas los investigadores deberían de conocer cuáles son sus posibilidades para el futuro y qué niveles puede alcanzar. Para ello es preciso una mayor inversión, pero también ordenar la legislación al respecto.

ODH: *¿Animaría a los estudiantes a que siguieran el camino de la investigación?*

J.F.M: La pregunta no es fácil de contestar. Yo he tenido la suerte de poder investigar sin obtener dinero por este motivo. Si un hijo me hubiera dicho que quiere dedicarse a la carrera de investigador, me hubiera hecho mucha ilusión, pero estaría preocupado por su porvenir. Tenemos en nuestro grupo muchos investigadores jóvenes que tienen dificultad para poder ganar un sueldo fijo que les permita tener un futuro asegurado. Gente de gran valor intelectual con inquietudes, que en otras áreas laborales estarían muy bien pagados.

ODH: *“Odontólogos de Hoy” es una publicación dirigida al colectivo de Odontólogos y Estomatólogos de nuestro país, ¿qué recomendaciones daría usted a los profesionales de esta área en relación a la prevención de dolencias de tipo neurodegenerativas?*

J.F.M: Creo que existe un área de investigación cada vez mayor sobre la salud dental y las enfermedades neurodegenerativas. Por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson y en la enfermedad de Alzheimer se producen alteraciones de la saliva y un cambio en el cuidado dental que aumenta las periodontitis y el número de caries. Cabe la posibilidad de que estas alteraciones modifiquen la evolución de estas enfermedades neurodegenerativas. No sabemos aún cómo los cambios del microbioma bucal pueden influir en la aparición de estas enfermedades. Creo que tener la boca sana ayuda a tener un cerebro más sano. Dado que la población anciana es cada vez mayor, recomendaría a los odontólogos que tengan en cuenta el estado cognitivo del paciente, que aprendan a evaluarlo de una forma rápida y eficaz, y que tengan inquietud para estudiar, conocer e investigar cada vez más en la relación entre la boca y los dientes con el cerebro ●

[IGNAZIO LOI]

“Recomiendo a los jóvenes profesionales españoles hacer una odontología de excelencia”



Ignazio Loi es un polifacético profesional que, tras licenciarse en Medicina y Cirugía, se especializó en Odontoestomatología y Prótesis Dental por la Universidad de Cagliari. Es socio activo en la Academia Italiana de Odontología Protésica, y ponente habitual en todo tipo de eventos formativos de nuestra profesión. Actualmente ejerce en Cagliari, aunque es un viajero incansable que dedica parte de su tiempo de ocio a las conferencias a las que asiste en todas las partes del mundo.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”: *¿Cómo se acercó a la odontología?*

Ignazio Loi: En el año 1981 tuve la suerte de conocer a la doctora Patricia Fagan, que se encontraba en Cagliari realizando una ponencia en Higiene Dental. Gracias a ella, tuve la oportunidad de asistir a la Facultad de Odontología en la Northwestern University de Chicago y de seguir el camino de la odontología, a pesar de haberme graduado en Medicina, y de haber comenzado la escuela de especialización en enfermedades infecciosas.

ODH: *Usted, habla a menudo, directa o indirectamente, de su familia en un tono irónico, ¿Cuánto ha influido su familia en su formación?*

I.L.: Mi familia ha tenido un papel fundamental en mi formación. La pérdida prematura de mi padre contribuyó a que los ocho hermanos

estuviéramos más unidos. Siempre nos hemos ayudado tanto en lo personal como en lo profesional. Ellos fueron mis primeros pacientes, y gracias a ellos tuve la oportunidad de experimentar con nuevas técnicas y procedimientos. Quizás el papel más importante lo desempeñó mi tío Titino, quien me ayudó en mi educación. Uno de los hombres más divertidos que he conocido nunca.

ODH: *Usted es, al mismo tiempo un profesional del sector y un ponente de altísimo nivel, pero también es actor, cantante... ¿La odontología es un arte?*

I.L.: Es una pena no tener tiempo para la música y el canto, pasiones que he cultivado durante años casi a nivel profesional. Ahora mis fines de semana los empleo viajando por el mundo debido a mis conferencias. La odontología no es un arte. El arte es creación, inteligencia, sensi-

bilidad. La odontología y la odontotecnia son actividades que copian y recrean situaciones existentes en la naturaleza. Creo que se trata más de artesanía de alto nivel.

ODH: *En su vida privada y en su trabajo ha conocido a mucha gente, tiene muchos amigos, pero como ocurre siempre, muchos detractores...*

I.L.: Cuando después de muchos años como “espectador”, decidí probar el papel de ponente era muy consciente de todos los pros y contras que tenía esta nueva situación.

Subirte al escenario y defender tus propias ideas implica un riesgo porque siempre habrá alguien que no esté de acuerdo con tu propuesta, sobre todo si la técnica que propones comporta soluciones alternativas a todas aquellas de uso común ya arraigadas en las costumbres y consolidadas por el tiempo. Por ejemplo, el concepto de líneas de acabado,



Una prótesis sobre implantes tan estética como sobre dientes naturales. Es posible.



Prama es el implante nacido de los principios de la **técnica B.O.P.T.** para simplificar también la implantoprótesis. La libertad de elección entre **morfología endo-ósea cilíndrica** o **cónica** y dos diferentes tratamientos de superficie hacen que la colocación quirúrgica sea sencilla y segura. El perfil de emergencia con **geometría hiperbólica** permite una verdadera continuidad entre el implante y el pilar; el **tratamiento anódico** permite un perfecto mimetismo con los tejidos blandos. **Prama es el implante para lograr la excelencia protésica.**

Dr. Ignazio Loi

sweden-martina.com


sweden & martina
I M P L A N T O L O G Y

certeza hoy irrefutable en el mundo académico y clínico.

Creo que una crítica constructiva es útil y necesaria, ahora, no lo es sin embargo la descalificación personal, la que me limito a ignorar.

ODH: *Cuanto tiempo ha dedicado y dedica a su profesión. ¿Le vale la pena?*

I.L.: Sí, he dedicado mucho tiempo a la profesión, que es mi hobby más que mi trabajo.

A menudo, en mis conferencias cito una frase que leí hace tiempo en una pared: “elige un trabajo que te guste y no tendrás que trabajar un solo día de tu vida”. Esta podría ser también la respuesta a la segunda pregunta.

ODH: *Su tierra es una isla maravillosa, la Cerdeña, pero, ¿cuánto le cuesta afectivamente viajar por el mundo?*

I.L.: Viajar es siempre un placer incluso cuando asistes a una conferencia, aunque a pesar de las muchas propuestas de trabajo recibidas fuera de mi isla, Cerdeña, nunca dejaré de realizar mis cursos aquí.

ODH: *¿Cómo se ve en el futuro?*

I.L.: Seguramente debería dedicar menos tiempo a la actividad clínica en pacientes y concentrarme más en

la enseñanza, aunque, francamente, la clínica y el contacto con los pacientes siguen siendo los aspectos de mi trabajo que más me gratifican y divierten.

“
La odontología y la odontotecnia son actividades que copian y recrean situaciones existentes en la naturaleza, creo que se trata de artesanía de alto nivel.”

ODH: *Teniendo en cuenta su visión internacional, ¿qué destacaría de la odontología en España?*

I.L.: Todavía conozco muy poco la realidad española. De momento he tenido buenas sensaciones pero no sabría qué destacar. Lo que me gusta es la alegría que he visto en las varias conferencias y eventos a los que he asistido.

ODH: *Es usted una persona polifacética, ¿con qué disciplina de las que ha desarrollado en su vida se siente*

más feliz? ¿Qué es lo que le ha aportado la odontología?

I.L.: No sé qué queréis decir con disciplina. Si la música es una disciplina, me falta tiempo que dedicarle, tanto a ella como a mi grupo. La odontología me ha dado muchas satisfacciones, pero sobre todo diversión. Está claro que es un concepto difícil de transmitir. ¿Preparar los dientes puede ser divertido?

ODH: *¿Considera que las especialidades son necesarias para mejorar la profesión y la atención a nuestros pacientes?*

I.L.: Las especializaciones mejoran mucho la profesión, pero demasiado a menudo te hacen perder la visión general de la odontología, aislándote en un campo demasiado específico. De momento prefiero ser dentista en general. Me parece lo más divertido y completo.

ODH: *Usted es muy activo como conferenciante y ponente en eventos profesionales de la profesión en nuestro país. ¿Cómo valora la respuesta de los jóvenes odontólogos en estas citas profesionales?*

I.L.: El término “Cantera” me encanta, me parece muy musical. Lo que a menudo noto en las conferencias que hago en España es la alta participa-



EL DOCTOR LOI ASISTIÓ A LA ÚLTIMA EDICIÓN DE FDM CON SWEDEN MARTINA

ción de jóvenes odontólogos, comparable sólo a la de los países del este. Es bastante normal ver jóvenes en cursos y congresos de conservadora y endodoncia, pero es más inusual verlos en mis conferencias, ya que tratan principalmente de prótesis e implantes.

ODH: *La crisis económica ha golpeado duramente a los países mediterráneos, como Italia, su país de origen y España. ¿Cuáles serán las consecuencias de esta dura crisis, desde el punto de vista de nuestra profesión?*

I.L.: La crisis ha afectado a todos, por supuesto. No tengo recetas y realmente no sé cuáles serán las consecuencias, pero lo que puedo recomendar a los jóvenes odontólogos es que hacer una odontología de

excelencia siempre dará buenos resultados, y sobre todo fidelizará a los pacientes. Una odontología de bajo nivel hará que los pacientes busquen otras alternativas ●



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

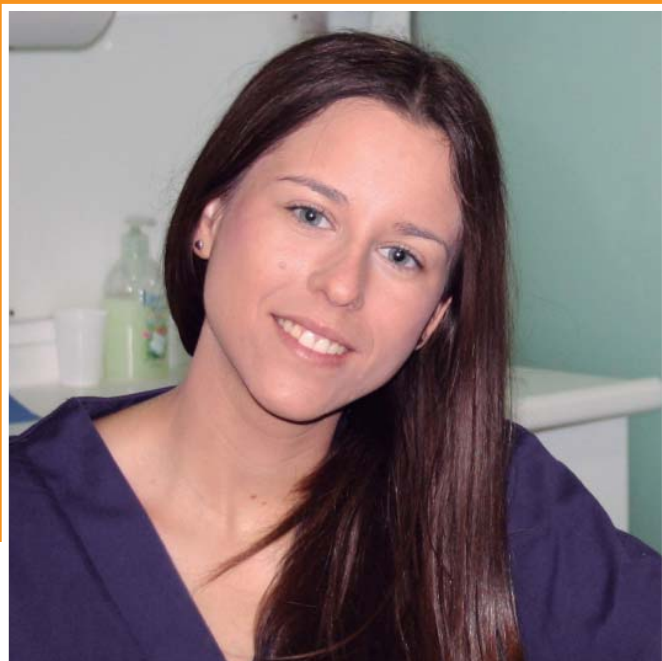
www.odontologosdehoy.com



ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA

[TAMARA ORPEGUI]

“Los pacientes especiales son los grandes discriminados en la atención buco-dental”



Tamara Orpegui es una de las alumnas del Máster para Pacientes Especiales que imparte el Profesor Javier Silvestre Donat, responsable de la Unidad de Odontostomatología y Cirugía Oral del Hospital Universitario Doctor Peset, y uno de los grandes especialistas de nuestro país en esta disciplina.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”: *A la hora de plantearte el estudio de un máster, ¿por qué elegiste uno para pacientes especiales?*

Tamara Orpegui: En el siglo XXI todo el mundo debería de poder tener acceso a un tratamiento de salud buco-dental de calidad. Desgraciadamente los pacientes especiales son los grandes discriminados en esta área. Buscar una solución a sus problemas dentales, formarme como odontóloga y así poder tratarlos como se merecen fue lo que me impulsó a hacer el máster.

ODH: *¿Qué contenidos destacarías de los que forman el programa del Máster?*

T.O.: Sin lugar a duda, el manejo de la conducta, es algo que te va a ayudar tanto con el paciente discapacitado, como en la clínica en el día a día. Realizando estas técnicas evitamos que muchos pacientes deban recurrir a la anestesia general.

ODH: *Desde el punto de vista docente ¿qué destacarías del Doctor Javier Silvestre, que imparte el máster que estás cursando?*

T.O.: El Doctor Silvestre es uno de los grandes especialistas de este país en Pacientes Especiales. Además, tiene mucho que aportar en cuanto a la odontología hospitalaria y el manejo de pacientes médicamente comprometidos.

“ *Ellos me aportan más a mí de lo que les apporto yo a ellos, me han dado otra visión de la vida.* ”

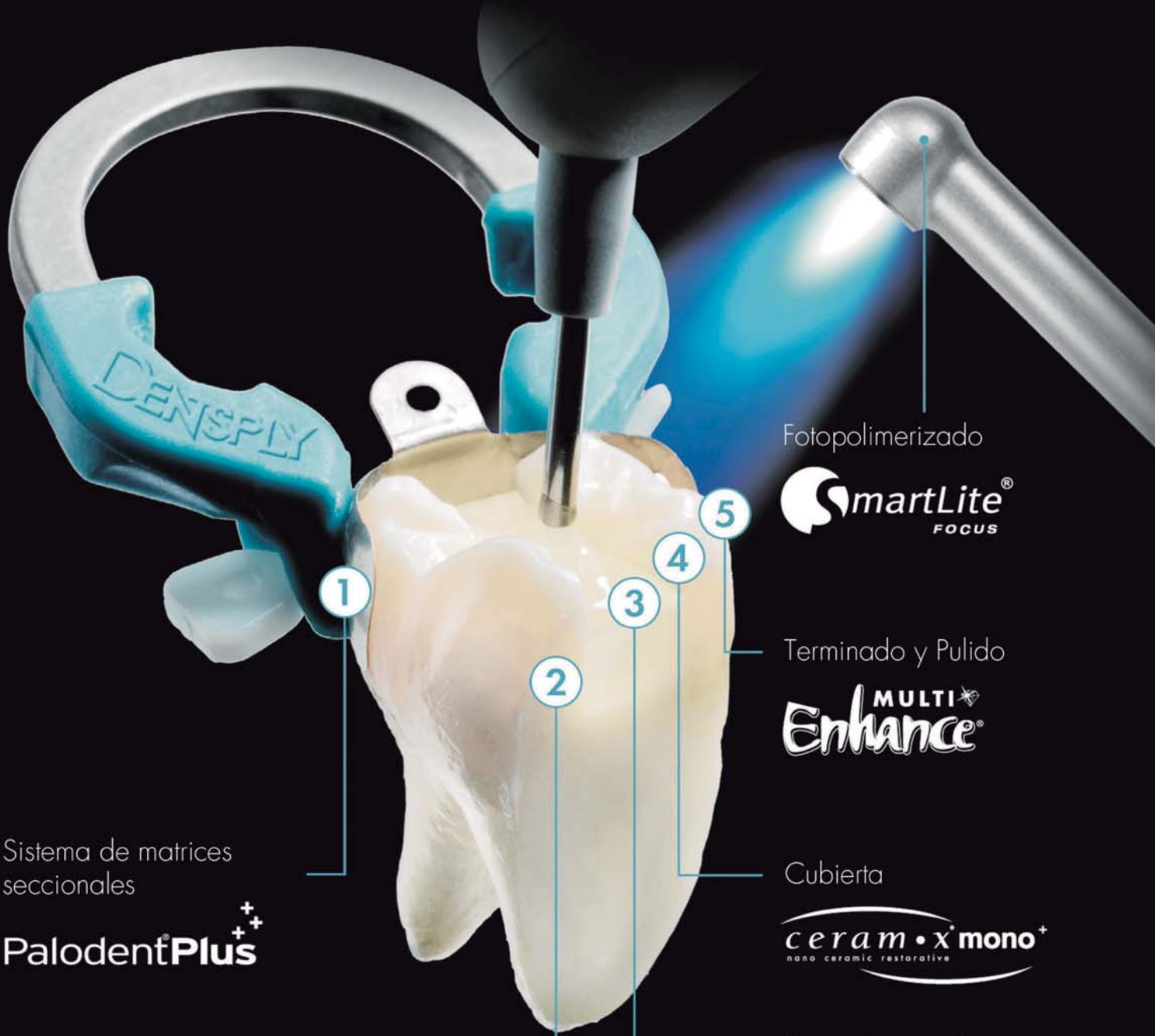
Ambas áreas son, sin lugar a dudas, las grandes desconocidas para los odontólogos, y por ello es un pla-

cer poder formarse con él. La verdad, el Máster de pacientes especiales de la Universidad de Valencia es uno de los pocos que existen en esta especialidad odontológica dentro y fuera de nuestro país.

ODH: *¿Qué crees que puede aportar un postgrado a tu conocimiento tras haber finalizado tus estudios universitarios?*

T.O.: Tras finalizar los estudios de odontología, es cierto que has realizado prácticas, el conocimiento lo tienes, falta alcanzar ese grado de confianza que te permita ser un buen profesional. Un postgrado como el de pacientes especiales de la Universidad de Valencia, en el que tratas con pacientes diariamente, te permite asentarte como profesional —y éste, además, como persona—. En definitiva, lo que nosotros denominamos “romper mano”. Es como hacer un postgrado de odontología integrada pero, además, de forma más específica, en los pacientes más difíciles, es un completo reto.

DIFERENTES SITUACIONES UNA SOLUCIÓN



Sistema de matrices
seccionales

Palodent⁺Plus⁺⁺

Adhesivo

x^en^o Select Prime&Bond^{XP}

Fotopolimerizado

smartLite[®]
FOCUS

Terminado y Pulido

MULTI
Enhance[®]

Cubierta

ceram • xⁱmono⁺
nano ceramic restorative

Reemplazo inteligente
de la dentina

SDR[®]
Smart Dentin Replacement

For better dentistry

DENTSPLY

ODH: *Como profesional de la odontología y estudiante de un programa de postgrado, ¿qué les pedirías a los representantes colegiales?*

T.O.: Que protejan al nuevo colegiado, que al salir de la facultad se encuentra con un panorama laboral desalentador, y en el que, por desgracia, hay gente que encuentra oportunidad de negocio en esa desesperación por encontrar un puesto de trabajo.

ODH: *¿Cuál es tu opinión sobre la situación actual de la profesión en nuestro país?*

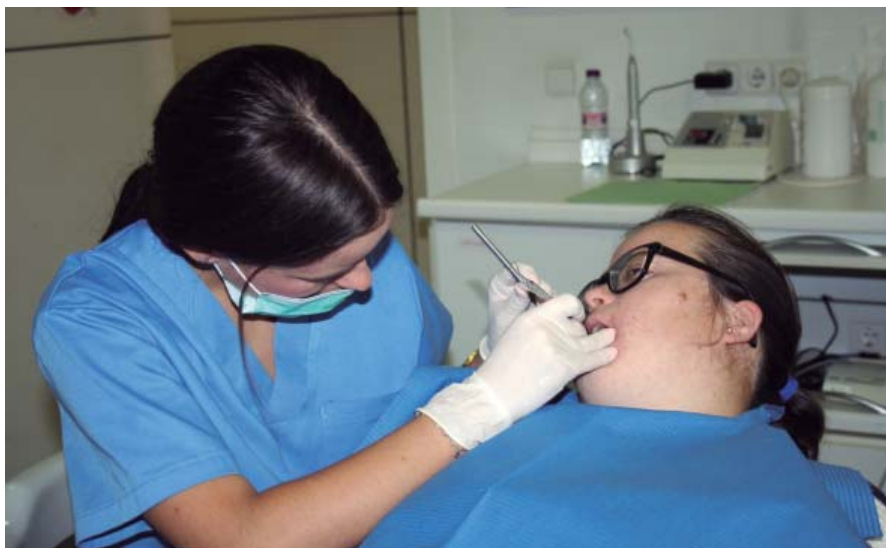
T.O.: Es evidente que no atraviesa el mejor momento. Aunque la salud buco-dental sea imprescindible para mantener un nivel óptimo de salud, es cierto que todavía no se ha logrado transmitir esa idea, y tal vez ahora, con la crisis, las nuevas franquicias y aquellos que prometen tratamientos milagro low cost, no ayuden a ello.

ODH: *¿Qué crees que puedes aportar como profesional y como ser humano a los pacientes especiales?*

T.O. Sinceramente lo que busco es poder proporcionarles el mejor tratamiento dental con la mejor evidencia científica, desde la empatía y el cariño. Quiero que se deje de decir “como este paciente es raro o especial no lo trato”, lo que debería de ser raro es que un odontólogo en 2015 no sepa tratarlos. Creedme cuando os digo que ellos me aportan más a mí de lo que yo les apporto a ellos, me han dado otra visión de la vida.

ODH: *¿Tienes intención de prestar tus servicios como odontóloga en alguna asociación o entidad que lo haga en países del tercer mundo?*

T.O.: Sí, por supuesto, es algo que siempre he tenido en mente, incluso antes de iniciar mis estudios de máster. Espero en un futuro no muy lejano, poder viajar como cooperante en alguna asociación, mientras, ofreceré mi ayuda a asociaciones de pacientes discapacitados de ámbito nacional.



ODH: *¿Qué opinas que falta en la política sanitaria de nuestro sistema público? ¿Crees que en asistencia dental llega a los mínimos?*

T.O.: La política sanitaria buco-dental en España es prácticamente inexistente. La odontología hospitalaria debería ser un servicio que existiera en todos los hospitales del territorio, para que puedan acceder todos aquellos que por falta de recursos, no solo materiales sino también técnicos, no puedan acceder al sector privado. Como ya he comentado antes, éste es un problema que radica en la base, no tenemos cultura de salud buco-dental, todavía no se valora la importancia de una boca libre de infecciones y problemas. El tratamiento odontológico es necesario e imprescindible en ámbitos hospitalarios, hecho que se evidencia en la necesidad de tratamiento de

las afectaciones e infecciones orales en los pacientes que van a recibir un trasplante o que van a ser tratados con quimioterapia, tanto previo al tratamiento como para paliar los problemas producidos por la misma.

ODH: *¿Qué le pedirías a los responsables sanitarios en relación con tu área de pacientes especiales?*

T.O.: Que agilicen las listas de espera de quirófano. Intentamos no utilizar en demasía este recurso, pero no obstante hay pacientes que ya sea por sus alteraciones sistémicas, la gran cantidad de afectaciones dentales o la imposibilidad del manejo de la conducta, son partidarios de anestesia general. Lamentablemente, la atención odontológica al paciente discapacitado es prácticamente inexistente en España •



PUNTEX

www.puntex.es



También en su Smartphone y Tablet

OnLine
actualizadas

GUÍAS



PUNTEX



PUNTEX informa

sanidad

Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO



Portal Salud

Buscador único, temático y por guías

Contenido +135.000

Visitantes +20.000

TODO HOSPITAL

OnLine



BBDD

+200.000
Direcciones

Proyectos a medida

Nacionales y Extranjeros



[ALBA CASTAÑÉ]

“Acción Dental pone en primer plano al profesional como garante de la asistencia de calidad”



Acción Dental es una iniciativa de un grupo de profesionales, encabezados por Alba Castañé, que han creado una plataforma bajo un sello de calidad denominado Eco, que pretende agrupar a los mejores profesionales y clínicas que hayan alcanzado esa acreditación.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

ODH: *¿Qué es ACCION DENTAL?*

Alba Castañé: Es una plataforma que agrupa a clínicos dentales con praxis privada, a industria del sector dental, que han decidido estar bajo un “paraguas” común que es la certificación de Calidad para el sector dental, que hemos denominado sello ECO, y así ser capaces de dar a conocer a los buenos profesionales, y a nuestra buena industria, a los pacientes. De manera que éstos puedan confiar en la calidad generada en nuestras clínicas ECO.

ODH: *¿Cómo surge la idea de crear una Certificación de Calidad para el sector dental?*

A.C.: La idea de la certificación surge pensando en dar a conocer al paciente a muchos profesionales del sector con una preparación excelente, y que por su condición de privados muchas veces son desconocidos. Estos profesionales y la industria con la que trabajan, se someten a una Certificación de Calidad, que hemos denominado Estándares de Calidad Odontológica (ECO). Estos Estándares son los que van a poder garantizar a nuestros

pacientes, la calidad objetivable de nuestros doctores, y de la industria que trabaja con ellos.

ODH: *¿Cuáles son los organismos y entidades que avalan esta iniciativa?*

A.C.: Universidades, en diferentes zonas del país, Sociedades Científicas de las diferentes disciplinas odontológicas, Asociaciones de dentistas, Colegios Oficiales y organismos públicos.

ODH: *¿Cuál cree que va a ser la respuesta del sector ante esta iniciativa?*

A.C.: Creemos que por lo innovador y vinculante con todo el organigrama de nuestro sector, la respuesta será muy buena, podemos ya decir que el ritmo de incorporaciones de clínicas está siendo muy buena, y la gran ventaja para el clínico será poder llegar a nuevos pacientes gracias a la publicidad institucional que efectuamos en los medios audiovisuales de mayor audiencia.

El paciente lo que sabrá es que en las clínicas ECO donde reciba asistencia, tendrá unos profesionales comprometidos con la calidad, con

“

El sello ECO aporta la garantía que el paciente necesita para sentirse seguro sobre la atención que va a recibir.

”

industria reconocida y garantizada y que se preocupan por los últimos avances en odontología, con un precio adecuado.

ODH: *¿Cómo se obtiene esta acreditación de calidad?*

A.C.: A través de la plataforma accióndental.com. En esta página los profesionales pueden registrarse y así recibir la información de cómo conseguir la acreditación, así como los Estándares de Calidad Odontológica que deberán cumplir. Tras este primer paso, se producirá una auditoría de la Clínica con un centro de verificación independiente, que es el

que verificará que la Clínica cumple con los estándares ECO.

ODH: *¿Qué requisitos deben cumplir las clínicas o centros odontológicos para lograr este sello de calidad?*

A.C.: Superar esta auditoría externa, que es la que verifica que tanto nuestras clínicas como la industria que nos da el apoyo, cumple con los Estándares ECO.

Estos estándares, los han creado y desarrollado un grupo de profesionales destacados a nivel nacional del sector odontológico.

ODH: *¿Cuál es el valor que otorgan a la formación continua de los profesionales para prestar un servicio de calidad a los pacientes?*

A.C.: Parte de nuestros estándares es precisamente la formación continuada acreditada, todos los profesionales que colaboren con Acción Dental, deberán tener toda una serie de créditos homologados, que garanticen la continua formación de nuestros clínicos.

ODH: *¿Es este sello de calidad la herramienta definitiva para establecer una relación de confianza con el paciente, para que se sienta más informado y tranquilo ante los tratamientos que va a recibir?*

A.C.: Absolutamente, el sello ECO es el garante de la confianza que el paciente necesita para sentirse seguro de que va a ser bien atendido y que el profesional que le atiende tiene como objetivo trabajar con calidad, garantizando por tanto el cuidado de su salud buco dental.

Estamos poniendo en primer plano al profesional como imagen garante de que la asistencia será de calidad, frente a la imagen de famosos que ofrecen determinadas empresas en la actualidad.

Hay que hacer ver al ciudadano, que la publicidad que vemos hoy con diferentes famosos de otros secto-



res, por poner un ejemplo, no le puede garantizar nada en salud, ni acreditar los servicios que precisa recibir, que eso es un asunto muy serio, que es con una certificación profesional acreditada como la que nosotros presentamos con lo que de verdad se le puede garantizar que la asistencia que va a recibir es la mejor.

Es el profesional con nombre y apellidos el que se ocupará y responsabilizará de su salud, y no una marca comercial.

ODH: *¿Cómo está reaccionado el sector ante esta iniciativa?*

A.C.: Acción Dental busca ante todo la buena praxis para los pacientes, y deben estar informados para poder elegir con libertad, el dentista necesita apoyo para llegar a sus pacientes y hacerles saber quiénes son y cómo trabajan, y la industria apoya a las clínicas para que éstas puedan ofrecer una mayor calidad y seguridad en sus materiales.

Acción Dental ha conseguido unir, por primera vez, a gran parte de la sociedad odontológica con el objetivo común de hacer un buen trabajo y ofrecer a los pacientes la máxima confianza en sus tratamientos. Ade-

más, gracias al apoyo de nuestra mejor industria, ahora sí, seremos capaces de transmitir adecuadamente la información al paciente, en igualdad de condiciones que otras fórmulas de atención clínica, con la gran diferencia de que llegaremos al gran público, garantizando fehacientemente la calidad de los servicios dentales ofertados •

CRUZ RODRÍGUEZ, DANIEL

ODONTÓLOGO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS HERMANAS (SEVILLA).

MARCHENA RODRÍGUEZ, LETICIA

ODONTÓLOGA. MÁSTER DE SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

ROBLES FRÍAS, ANTONIO

MÉDICO ANATOMO-PATÓLOGO. HOSPITAL DEL VALME (SEVILLA)

LUNA MORÁN, MANUEL

MÉDICO-ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS HERMANAS (SEVILLA).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN LIPOMA EN LA CAVIDAD BUCAL

RESUMEN

El Lipoma es una lesión tumoral de crecimiento lento y asintomática, de consistencia blanda, que se manifiesta al causar desplazamiento y compresión en las estructuras adyacentes, cuando alcanza un gran tamaño. Puede aparecer en diversos sitios anatómicos tales como glándulas salivales mayores, mucosa bucal, labios, lengua, paladar, vestíbulo y suelo de boca. Su sitio predominante es la lengua.

Objetivo. Realizar un buen diagnóstico diferencial con otras neoplasias que aparecen en cavidad bucal.

Metodología. Se ha hecho una revisión bibliográfica, insertando palabras clave como “Lipoma, cavidad oral, histopatología, diagnóstico, tratamiento”.

Resultados. Paciente de 55 años que acude al Centro de Salud de Dos Hermanas, por lesión de más de 2 años de evolución que le impide hablar y comer y que ha aumentado de tamaño desde entonces. Tras la exploración clínica se aprecia un nódulo de 3 cm de diámetro en mucosa yugal derecha. Se decide tratamiento quirúrgico de la lesión y posterior análisis histopatológico.

Discusión. Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo maduro, raros en cavidad oral, pero deben ser considerados dentro de los posibles diagnósticos diferenciales que se planteen, teniendo en cuenta las características clínicas descritas anteriormente; además es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial de tiroides lingual cuando el lipoma presenta esta localización. El tratamiento del lipoma es quirúrgico y el pronóstico es bastante bueno, sin embargo se informa recidiva en pacientes menores de 18 años y el desarrollo de liposarcoma después de muchas recurrencias.

Conclusiones. Un diagnóstico precoz de los lipomas evitaría las posibles complicaciones de compresión de otras estructuras anatómicas.

PALABRAS CLAVE:

Lipoma, cavidad oral, histopatología, diagnóstico, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El Lipoma es un tumor mesenquimal compuesto por adipocitos maduros; cuyo crecimiento es lento y asintomático, que se manifiesta clínicamente al causar desplazamientos y compresión en las estructuras adyacentes, cuando alcanza un gran tamaño. ^[1,2]

Existen pocos casos en la literatura, de la aparición de los Lipomas en la cavidad oral, su localización preferente es en mucosa yugal, suelo de boca y lengua. ^[3,4] Aunque los Lipomas son una de las neoplasias mesenquimáticas más frecuentes ^[5] en la región de cabeza y cuello, siendo su incidencia de un 20%, en lo que respecta a la cavidad oral, sólo aparece en entre el 1-4%. ^[6,7]

Son histológicamente similares a los adipocitos maduros, pero no así metabólicamente, ya que las dietas de adelgazamiento no producen una disminución de tamaño de los Lipomas. Existen variantes histopatológicas de los Lipomas que son: fibrolipoma, osteolipoma, condrolipoma, lipoma intramuscular, angioliipoma, angiomioliipoma, mioliipoma, mieloliipoma, lipoma condroide, lipoma de células fusiformes, lipoma pleomórfico y sialoliipoma. ^[8,9]

Se encuentran con frecuencia en el tejido subcutáneo, pero son raros en la cavidad oral. Los Lipomas se presentan como nódulos blandos de superficie lisa, pudiendo ser sésiles o pediculados. Típicamente, el tumor es asintomático y con frecuencia el paciente lo nota durante meses o años, hasta el momento de su diagnóstico.

En la mayoría de los casos, su tamaño no es mayor de 3cm, aunque ocasionalmente pueden ser mucho mayores.

Las localizaciones más frecuentes son la mucosa yugal y vestibular. La mayoría de los pacientes tienen más de 40 años; siendo raro en niños. Aunque el Lipoma es más frecuente en mujeres que en hombres, los Lipomas presentan la misma distribución en ambos sexos.

El tratamiento de los Lipomas consiste en la extirpación quirúrgica, que suele ser sencilla debido a su cápsula bien definida. [1, 10, 11, 12, 13].

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características clínicas de estos Lipomas para un mejor diagnóstico y tratamiento de estas neoplasias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una revisión bibliográfica en PubMed Scopus insertando palabras clave como “Lipoma, cavidad oral, histopatología, diagnóstico, tratamiento” en los últimos 15 años.

A propósito del tema desarrollamos un caso clínico tratado en el Centro de Salud de Atención Primaria de Dos Hermanas (Sevilla).

RESULTADOS

Aguiar de Freitas [14] en 2009 examinó 26 casos seleccionados de Lipomas en la cavidad oral; 20 de ellos, lo que corresponde al 76,92% de los casos eran mujeres, y un 23,08% eran hombres. Las neoplasias se presentaron con más frecuencia en adultos; con una edad media de presentación del entorno de 54-60 años; siendo su pico de incidencia la sexta década de la vida, seguido por la quinta década. La mucosa oral fue la localización más frecuente con un 34,61%, seguido por la lengua en un 26,92%, labio inferior en un 15,38%; suelo de boca con un 11,54%; área retromolar el 9%, y surco bucal el 3,84%. De los 26 casos encontrados, el tipo histológico más frecuente fue el subtipo Lipoma Clásico; seguido del Fibrolipoma, Lipoma intramuscular, Lipoma de células fusiformes y sialolipoma. Todos los tumores presentaban una superficie lisa, excepto un caso correspondiente a un sialolipoma, que exhibió una superficie multilobular. Furlong [15] en 2004 analizó 125 Lipomas, encontrando 91 de estos tumores en hombres y 33 de ellos en mujeres. La localización anatómica predilecta fue la región parotídea,

en número de 30; mucosa bucal en un número de 29, lengua en número de 15; paladar 6 casos seleccionados, piso de la boca en 5 y vestíbulo 2 casos encontrados. La aparición de estos tumores en cavidad oral, fueron asociados a trauma, en concreto en 3 casos; y 1 caso tras la extracción de un diente anterior.

Manor [16], en un estudio realizado en 2011; encontró 58 casos de Lipoma y un solo caso de Lipoma en un paciente pediátrico; asociándose los casos presentados a una edad media de 59,7 años. Histológicamente, el Lipoma Clásico se encontró en un 48% de los casos, seguido del Fibrolipoma en un 33%, 4 casos de Lipoma Intramuscular, 2 casos de Lipoma en glándula salival menor y 2 Angiolipomas.

En nuestro caso un paciente masculino de 55 años que acude a la consulta de Odontología por lesión en la mucosa yugal derecha que le imposibilita hablar y comer, de un tamaño aproximado de 3 cm de diámetro, del mismo color que la mucosa adyacente, superficie lisa, base pediculada, asintomática que presupone un diagnóstico de Lipoma. [Figura 1]



FIG. 1: LESIÓN NODULAR DE 3 CM DE DIÁMETRO EN MUCOSA YUGAL DERECHA.



FIG. 2: REALIZAMOS LA ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN.

PROCEDIMIENTO

Previo a la firma del consentimiento informado donde se les explicó al paciente las posibles complicaciones, se procedió a emplear bloqueo anestésico troncular junto con anestesia infiltrativa de la zona; continuando

con la realización de una incisión elíptica en la base de la lesión con hoja de bisturí nº15 y mango de Bard Parker 3. Acto seguido se procedió a la escisión completa de la lesión nodular. [Figura 2]. El espécimen extraído, de un tamaño aproximado de 3 cm de diámetro, se incluyó en un frasco con formol al 10%, se procedió a realizar hemostasia y posteriormente se confrontaron los bordes de la mucosa con 4 puntos simples de sutura no reabsorbible de 3/0. [Figura 3].



FIG. 3: TRAS EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN, SE APRECIA EL TEJIDO SUBCUTÁNEO GRASO.

En cuanto al tratamiento farmacológico postquirúrgico se prescribió terapia analgésica durante 3 días con paracetamol 500mgr 1/8 horas, y control de medidas higiénicas en la zona.

Posteriormente, se contó con el Informe de Anatomía Patológica del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Valme (Sevilla), cuyo resultado de la biopsia excisional nos reveló: un fragmento nodular de tejido adiposo con cubierta epitelial, compatible con Lipoma Clásico. [Figura 4].



FIG. 4: IMAGEN DE TEJIDO ADIPOSITO MADURO Y LA SUPERFICIE TAPIADA POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

DISCUSIÓN

Los Lipomas en cavidad oral son excepcionales, de manera que su presencia no constituye más allá del 4% de todas las neoformaciones en esta región.^[17,18] Dentro de la cavidad oral, su localización más frecuente es en mejilla, seguida por suelo de boca y lengua. Se presentan como tumora- ciones sésiles o pediculadas, de color amarillento, cubiertas por una fina capa de mucosa.^[19] Suelen ser lesiones solitarias, si son múltiples, nos debe hacer sospechar de padecimien- tos sindrómicos como la Neurofibro- matosis y Síndrome de Gardner.^[20]

Aunque su etiología es descono- cida, se han sugerido factores como traumatismos, irritación crónica y alteraciones hormonales.^[21]

Según los estudios histopatoló- gicos, los Lipomas y Fibrolipomas son los más frecuentes entre un 48 y 33%, respectivamente. Algunos estu- dios como los MacGregor^[22] y Greer^[23] evaluaron la misma incidencia de casos, mientras que en otros estudios como los de Epivatianos^[24], Said- Al- Naief^[25] y Trandafir^[26] encontraron una mayor proporción de Lipoma Clásico.

La aparición de múltiples Lipomas está asociada también al Síndrome de Crowden y al Síndrome de Ham- martoma múltiple. Esta condición es o familiar, o esporádica, resultado de una mutación en la fosfatasa y en el gen homólogo de tensina.^[27]

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, donde la recurren-

cia de la lesión es rara, como también la transformación maligna. El trata- miento del Lipoma es quirúrgico y el pronóstico es bastante bueno, sin embargo, se confirma recidivas en pacientes menores de 18 años y de- sarrollo de Liposarcoma, después de muchas recurrencias. Por lo tanto, es necesaria la escisión amplia con un margen de tejido sano para prevenir la recurrencia local.^[11,28]

CONCLUSIONES

Aunque los Lipomas son de evolu- ción lenta y asintomática, pueden imposibilitar el habla y la mastica- ción, por su localización; por lo tan- to un diagnóstico precoz y posterior tratamiento quirúrgico sería el trata- miento indicado ●

BIBLIOGRAFÍA

- Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Küstner E, Blan- co Carrión A, Martínez-Sahuquillo Márquez A, García García A. Medicina Bucal Práctica.1ª Ed. Danú. Santiago de Compostela: Asopragaio; 2000.
- Gómez I, Varela P, Romero A, García MJ, Suárez MM, Seoane J. Lesiones amarillas en la ca- vidad oral. Propuesta de una clasificación. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12:E215-9.
- Del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrián Carre- tero JL, Gómez García E. Úlcera crónica lingual inducida por Lipoma de la cavidad oral. Caso clínico. Med Oral 2004; 9:163-7.
- Rodrigues Juliase LE, Weege Nonaka CF, Pe- reira P L, Almeida Freitas R, Costa Miguel MC. Lipomas of the oral cavity: clinical and histopatolo- gic study of 41 cases in a Brazilian population. Eur Arch Otorhinolaryngol 2010; 267:459-65.
- Bandéca MC, Pádua JM, Nadalin MR, Ozó- rio JEV, Silva-Sousa YTC, Perez DEC. Oral soft tissue lipomas: a case series. J Can Dent Assoc 2007; 73:431-4.
- Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. WB Saunders, Philadelphia; 2001.
- De Visscher JG. Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. J Oral Maxillofac Surg 1982; 10:177-81.
- Nagao T, Sugano I, Ishida Y, Asoh A, Munaka- ta S, Yamazaki K, Konno A, Kondo Y, Nagao K. Sialolipoma: a report of seven cases of a new variant of salivary gland lipoma. Histopathology 2001; 38:30-6.
- Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors, 4th Edn. St Louis: Mosby; 2001
- Scully C, Bagán J, Carrozzo M, Flaitz C, Gan- dolfo S. Guia de Bolsillo de Enfermedades orales. Ed. Elsevier. Valencia: 2013.
- Adoga AA, Nimkur TL, Manasseh AN, Eche- joh GO. Bucal soft tissue lipoma in an adult Ni- gerian: a case report and literature review. J Med Case Reports 2008; 2:382
- Marzola C. Fundamentos de cirugía buco- maxilo-facial. Bauru: Independente; 2005.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot. Patología oral & maxilofacial. 2a.Ed. Rio de Ja- neiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Aguiar de Freitas M, Soares de Lima AA, Bastos Pereira F. Intraoral lipomas: A study of 26 cases in a Brazilian population. Quintessence International January 2009; 40(1):79-85.
- Furlong M, Fanburg-Smith JC, Childers E. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98:441-50.
- Manor E, Sion-Vardy N, Zion Joshua B, Bod- ner L. Oral Lipoma: Analysis of 58 new cases and review of the literature. Annals of Diagnostic Pathology 2011; 15:257-61.
- Dattilo DJ, Ige JT, Nwana EJC: Intraoral li- poma of the tongue and submandibular space. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54:915-7.
- Ghandour K, Issa M. Lipoma of the floor of the mouth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73:59-60.
- Lucas RB. Tumors of adipose tissue: Patho- logy of tumours of the oral tissues.4 ed. London: Churchill-Livingstone; 1984:176-9.
- Gray AR, Barker GR. Sublingual Lipoma: Re- port of an unusually large lesion. J Oral Maxillo- fac Surg 1990; 48:492-5.
- Barker GR, Sloan P. Intra-osseus lipomas. Clinical features of a mandibular case with pos- sible etiology. Br J Oral Maxillofac Surg 1986; 24:459.
- MacGregor AJ, Dyson DP. Oral Lipoma: a review of the literature and report of twelve new cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966; 21:770-7.
- Greer RO, Richardson JF. The nature of li- pomas and their significance in the oral cavity: a review and report of cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973; 36:551-7.
- Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayo- tou P. Benign tumors of the adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58:1113-8.
- Said-Al-Naief N, Zahurullah FR, Sciubba JJ. Oral spindle cell lipoma. Ann Diagn Pathol 2001; 5:207-15.
- Trandafir D, Gogalniceanu D, Trandafir V, et al. Lipomas of the oral cavity: a retrospect study. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 2007; 111:754-8.
- Woodhouse JB, Delahunt B, English SF, Fra- ser HH, Ferguson MM. Testicular lipomatosis in Crowden's syndrome. Mod Pathol 2005; 18:1151-6.
- Kumaraswamy SV, Madan N, Kerrthi R, Shakti S. Lipomas of oral cavity: a case report with review of literature. J Maxillofac Oral Surg 2009; 8(4):394-7.

“Mis dientes sensibles hacen que no acabe de disfrutar de las comidas y las bebidas”.

Steven ha tenido problemas con el reflujo ácido y la dentina expuesta durante muchos años.[^]

70.4%



Un 70,4% de quienes padecen sensibilidad dental, como muchos de sus pacientes, afirman experimentar limitaciones funcionales diarias similares a las de Steven.¹

Recomiende Sensodyne Repair & Protect con tecnología NovaMin®: crea una capa reparadora similar a la hidroxiapatita²⁻⁵ sobre las áreas sensibles de los dientes, que es hasta un 50% más dura que la dentina expuesta.⁵ Transcurrida una semana,⁶ se empieza a notar alivio de la sensibilidad y, 6 meses después, se siguen produciendo mejoras en aquellos pacientes que lo usan de forma diaria.^{*7}

Ayude a que sus pacientes disfruten de una vida más libre de sensibilidad dental.* Visite www.sensodyne.es

ESTUDIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS TRAS LA EXTRACCIÓN DE CORDALES INCLUIDOS

Trabajo realizado por el grupo de investigación "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto de investigación Biomédica de Bellvitge (Idibell), que dirige el Prof. Dr. Cosme Gay Escoda, catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial de la Universidad de Barcelona, y Director del Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Centro Médico Teknon de Barcelona. La investigación clínica fue efectuada por el Dr. Joaquin Alvira González, y coordinada por el director del grupo de investigación.



CENTRO MEDICO TEKNON

La extracción del tercer molar inferior es la intervención quirúrgica más frecuente en cirugía bucal, estando ampliamente documentada en la literatura. Su curso postoperatorio se ve influenciado, entre otros factores, por la comprensión y posterior cumplimiento de las indicaciones dadas por el profesional tras la intervención quirúrgica, con el objetivo de minimizar la morbilidad y las posibles complicaciones, y mejorar la calidad de vida del paciente.

Los principales elementos que intervienen en el cumplimiento de las instrucciones postoperatorias y que podrían interferir en su correcta aplicación son la forma de dar las indicaciones (verbal/escrita), el nivel sociocultural del paciente, así como el grado de ansiedad preoperatoria inherente a cualquier intervención quirúrgica.

Para analizar la repercusión de estas tres variables en el postoperatorio de la extracción de terceros molares incluidos se efectuó un estudio clínico randomizado en el que evaluábamos la influencia de la forma de dar las instrucciones postoperatorias (verbal, escrita y grupo de información adicional), el nivel sociocultural, así como el grado de ansiedad preoperatoria en los pacientes en el momento de efectuar la extracción de un tercer molar inferior, siendo

un requisito de inclusión que el paciente no hubiera tenido experiencias quirúrgicas previas.

Los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de estudio (en relación con la forma de dar las instrucciones, nivel sociocultural o el grado de ansiedad preoperatoria). Sin embargo, el incumplimiento de las instrucciones postoperatorias se centró especialmente en lo que respecta al hábito tabáquico y al consumo de bebidas alcohólicas durante la semana posterior a la intervención quirúrgica, y en menor medida, la medicación prescrita (antibiótica y analgésica-antiinflamatoria). El tabaco representó el principal elemento de incumplimiento, siendo más del 50% de los pacientes fumadores los que no cumplieron con el cese del hábito durante los siete días posteriores a la intervención quirúrgica, independientemente del género, a diferencia del consumo de bebidas alcohólicas durante el curso postoperatorio, que se asoció principalmente al género masculino.

El mal uso que se hace de la medicación antibiótica por parte de los pacientes se debe principalmente a las creencias populares y al desconocimiento acerca de la medicación que se les prescribe. La principal

causa de incumplimiento de la prescripción antibiótica y analgésica-antiinflamatoria (40% y 53% respectivamente) se debió principalmente al cese del dolor durante el postoperatorio. Es importante explicar correctamente al paciente la utilidad de los antibióticos (muchos pacientes cesan su toma en cuanto disminuye el dolor), ya que la automedicación o un período de ingesta inadecuada pueden ser contraproducentes.

A pesar de no encontrar diferencias en el cumplimiento, teniendo en cuenta la forma de dar las instrucciones al paciente, el nivel sociocultural y el grado de ansiedad preoperatoria resulta imprescindible adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente, y proporcionar una información completa y detallada del curso postoperatorio, así como de las instrucciones postoperatorias, ya que de esta forma, no sólo disminuye la ansiedad que pueda experimentar el paciente sino que de manera indirecta favorece el cumplimiento de las mismas •

Para obtener más información y el documento completo, acceda a la siguiente dirección electrónica:

<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v20i2/medoralv20i2p224.pdf>

QUIERE
FINANCIACIÓN
FÁCIL
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA



PABLO CASTELO BAZ
DOCTOR EN ODONTOLOGÍA
UNIDAD DOCENTE DE PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA
DENTAL II, DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA,
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

RADIX ENTOMOLARIS DE 5 CONDUCTOS

A PROPÓSITO DE UN CASO

Es fundamental en la terapéutica endodóncica evaluar con precisión la radiografía preoperatoria pues ésta nos da mucha información anatómica del diente que vamos a tratar.

REPORTE

Paciente acude a la consulta con pulpitis aguda irreversible en 36 por proceso carioso distal que invade el espacio pulpar. Clínica y radiográficamente observamos una segunda raíz distal por lo que se trata de un Radix Entomolaris. Reconstrucción directa posterior, pues existía suficiente estructura remanente.

DISCUSIÓN

El conocimiento de la anatomía así como de sus posibles variaciones es fundamental para poder lograr el éxito en endodoncia. Un buen tratamiento de conductos así como una reconstrucción adecuada en base a la cantidad de estructura dentaria remanente son los dos pilares básicos para lograr el éxito en este tipo de casos a largo plazo.

CONCLUSIÓN:

Con la ayuda de las nuevas tecnologías, como el microscopio dental operatorio, podemos lograr realizar tratamientos anatómicamente complejos con una mayor facilidad.

INTRODUCCIÓN

El primer molar mandibular presenta una morfología radicular y de conductos compleja, ésta ha sido ampliamente estudiada en la literatura⁽¹⁾. La mayoría de los primeros molares mandibulares en Caucásicos presentan dos raíces con dos conductos en la raíz mesial y un conducto en la raíz distal. Sin embargo, podemos encontrarnos con relativa frecuencia un segundo conducto en la raíz distal o incluso tres conductos en la raíz mesial.

Así como el número de conductos puede variar, también lo puede hacer el número de raíces. Está ahora generalmente aceptado que la mayor variante anatómica de los primeros molares mandibulares es una raíz supernumeraria localizada en lingual. Esta fue por primera vez descrita en la literatura por Carabelli, y fue llamada radix entomolaris. La prevalencia de ésta varía ampliamente según la literatura; ésta es rara en caucásicos (0.68%), pero en población mongoloide puede ser incluso del 40%⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Acude a la clínica dental un paciente de 51 años con molestias intermitentes al frío en tercer cuadrante.

Examen físico y radiológico: vitalidad aumentada al frío, estímulo doloroso que cesa a los 3-4 segundos, palpación y percusión negativa. Radiográficamente podemos observar una gran caries distal (Fig. 1A). Ya en

esta radiografía observamos la presencia de una segunda raíz distal.

DIAGNÓSTICO

Hiperemia pulpar por lesión cariosa profunda. Se decide realizar la endodoncia, ya que en el momento de limpiar la caries existe una exposición pulpar.

PLAN DE TRATAMIENTO

Endodoncia del diente 36 y posterior reconstrucción del mismo.

Paso 1: Tratamiento endodóncico. Tras el aislamiento del campo operatorio y con ayuda del microscopio, realizamos la apertura y eliminamos toda la caries, localizamos dos conductos mesiales y tres conductos distales. Tras ello, procedemos a la permeabilización del sistema de conductos con una lima K de 10, y posteriormente realizamos la instrumentación con la lima Proglider (Dentsply,



FIGURA 1A

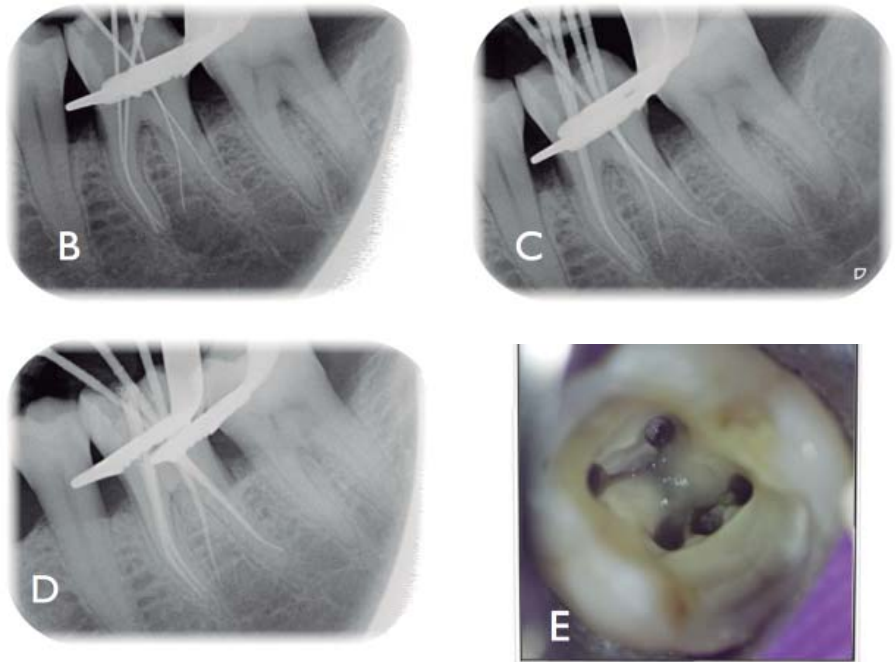
Maillefer, Ballaigues, Switzerland) y el sistema ProTaper (Dentsply, Maillefer, Ballaigues, Switzerland). Irrigamos abundantemente durante todo el procedimiento y realizamos una irrigación final activando el hipoclorito de sodio manualmente, con un cono maestro de gutapercha (irrigación dinámica manual). Posteriormente sellamos los 5 conductos con Thermafil (Dentsply, Maillefer, Ballaigues, Switzerland), (Fig. 1B-E).

Paso 2: Preparación para la reconstrucción. Volvemos a aislar el campo operatorio, pero en este caso nos alejamos un molar más para poder hacer una buena reconstrucción. Como disponíamos de suficiente estructura dentaria sana, tres paredes gruesas de más de dos milímetros (Fig. 2A), decidimos realizar una reconstrucción directa. Para ello nos ayudamos de una matriz seccional que permita el acoplamiento de una cuña y una anilla al mismo tiempo (Palodent Plus, Dentsply, Konstanz, Alemania), para realizar un buen punto de contacto (Fig. 2B). Elegimos un adhesivo monocomponente XP Bond® de grabado total, grabamos con gel DeTrey Conditioner 36 (ácido fosfórico 36%) (Fig. C, D), grabando 20 segundos el esmalte y 15 la dentina, lavamos y sacamos, y aplicamos el adhesivo (Fig. 3A) fotopolimerizándolo.

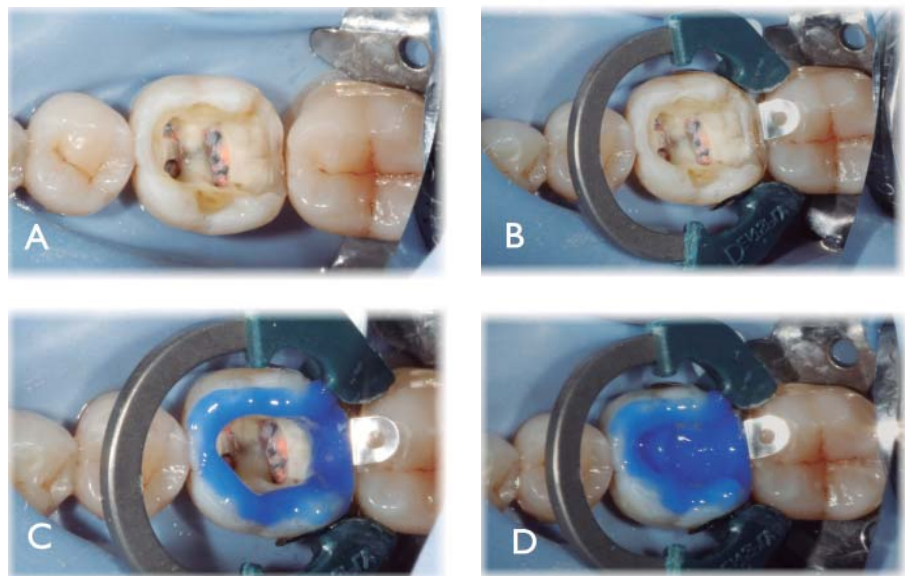
Paso 3: Comenzamos la estratificación reconstruyendo la pared distal con composite Ceram X duo (Ceram X, Dentsply, Konstanz, Alemania) color D2 (Fig. 3B). Tras ello, añadimos dos capas de SDR (Dentsply, Konstanz, Alemania) en la zona de la cámara pulpar (Fig. 3C). Posteriormente, añadimos pequeñas capas de composite D2 en zona de posteriores cúspides, realizando los futuros surcos con ayuda de la sonda de caries (Fig. 3D).

Paso 4: Finalizamos la estratificación con composite E2, añadiendo una bolita del mismo por cada una de las cúspides (Fig. 4A). Tras ello, añadimos tinte marrón entre las cúspides (Fig. 4B), y recubrimos con SDR. Añadimos glicerina y volvemos a polimerizar para evitar la capa inhibida de oxígeno (Fig. 4C).

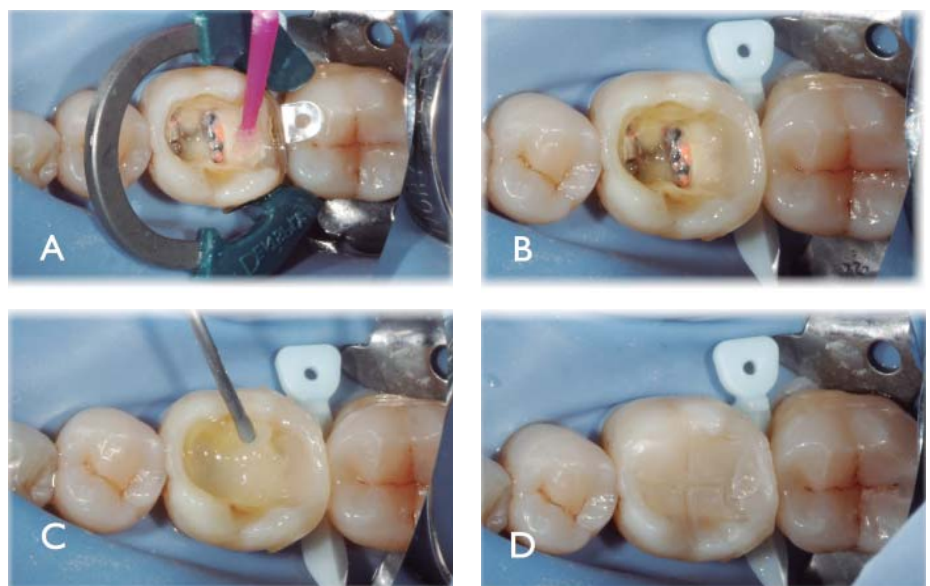
Paso 5: Eliminamos el dique de goma y pulimos los márgenes y la cara oclusal utilizando sistema En-



FIGURAS 1B-E



FIGURAS 2A-D



FIGURAS 3A-D



FIGURAS 4A-D

FIGURA 1F

hance® y Pogo® (Dentsply, Konstanz, Alemania) (Fig. 4D).

En el control al mes y a los tres meses (Fig. 1F) el paciente se encuentra totalmente asintomático y con el diente en perfecto estado, funcional y estético.

DISCUSIÓN

Un diagnóstico adecuado de estas raíces supernumerarias puede evitar complicaciones por “conductos olvidados” durante el tratamiento de conductos. Es fundamental analizar minuciosamente la radiografía preoperatoria, así como angular unos 30° para poder observar estas variaciones anatómicas⁽³⁾. Posteriormente, para el tratamiento, la del microscopio es fundamental para

poder localizar estas raíces supernumerarias y poder manejarlas de forma adecuada.

La restauración del diente endodnciado representa siempre un reto para el clínico y es un tema que ha sido ampliamente estudiado en la literatura. La mayoría de autores concluye que la salud apical depende mucho más de la restauración coronal que de la calidad del sellado endodncico⁽⁴⁾. La elección del enfoque clínico es difícil debido a la falta de protocolos aceptados así como un método óptimo de restauración. Además, existe una amplia gama de técnicas y materiales de restauración, por lo que establecer unas normas clínicas es muy complicado. Otro aspecto que parece contrastado

en la literatura es que la pérdida de tejido dental es el factor más importante que hace que los dientes tratados endodncicamente sean más susceptibles a la fractura. La resistencia a la fractura disminuye a medida que aumenta la cantidad de tejido perdido⁽⁵⁾. Por este motivo, como disponíamos de tres paredes fuertes, decidimos realizar una reconstrucción directa para preservar al máximo la estructura dentaria.

CONCLUSIÓN

Un buen examen diagnóstico y una buena planificación, junto con tecnología, como puede ser el microscopio, pueden hacernos lograr el éxito en casos clínicos complejos como éste •

Se necesitan voluntarios
para nuestros proyectos de Camerún y Senegal

Puedes ponerte en contacto a través de:

gloriallado@ibercom.com

aperezporro@infomed.es

609377427

667775832



DentalCoop
Asociación de voluntarios para la Salud Dental





Máster en Cirugía Bucal e Implantología

FORMACIÓN
TEÓRICA Y
PRÁCTICA

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA



Residencia de 3 años

Plazo de inscripción

➤ **Del 1 de JUNIO al 15 de JULIO.**

Información

➤ **CAROLINA FERNÁNDEZ CAMACHO**

➤ **Tel.: 690 129 109**

**ANTONIO MURILLO RODRÍGUEZ**DIRECTOR ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN PERIODONCIA QUIRÚRGICA.
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.PROFESOR MASTER DE CIRUGÍA ORAL, PRÓTESIS Y PERIIMPLANTOLOGÍA.
UNIVERSIDAD DE ALFONSO X, MADRID.

PROFESOR MÁSTER DE IMPLANTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LLEIDA.

IMPLANTOLOGÍA INMEDIATA EN SECTOR POSTERIOR MAXILAR, PROTOCOLO PARA RESULTADOS ESTÉTICOS Y PREDECIBLES

Los tratamientos mediante implantes dentales, por sus altas tasas de osteointegración, han pasado de ser tratamientos funcionales a considerarse tratamientos con gran demanda estética.

La estética en implantología, al igual que en otras áreas de la odontología, tiene su origen en los tejidos blandos. La periodoncia, como ciencia en particular, y en concreto las denominadas técnicas periodontales en implantología (T.P.I), son fundamentales para el manejo adecuado de los tejidos periimplantarios, lo que nos aportará una finalización estética del mismo.

Ante un implante en la zona estética, debemos tener en cuenta una serie de condicionantes previos que nos conducirán a obtener el resultado deseado:

1. ¿Cuándo colocamos el implante en relación a la extracción dental?
2. ¿Cómo debemos manejar el gap periimplantario?
3. ¿El implante se realizará con o sin colgajo?
4. ¿Cuál es la posición 3D ideal del implante?
5. ¿Es necesario modificar los tejidos blandos?
6. ¿Realizaremos una prótesis provisional inmediata?

Son múltiples las cuestiones que afectan a la toma de decisiones cuando se trata de la colocación de implantes de la zona estética. Las anteriormente expuestas son sólo algunas de las que daremos respuesta en este artículo.

Como clínicos, debemos tener siempre una premisa clara a la hora

de realizar implantología estética: “Como norma general, es más fácil preservar lo que existe que recrear aquello que se ha perdido”.

Los implantes inmediatos posextracción (I.I.P.E), han demostrado tasas de éxito similares, con porcentajes de osteointegración entorno al 95%^(1,2,3,4). Una de las últimas revisiones sistemáticas⁽⁵⁾ analiza que el fracaso al año de los I.I.P.E fue del 0,82%, siendo la tasa de supervivencia del 98,4 % a los dos años.

1. Momento de colocación del implante en relación a la extracción⁽⁶⁾

Existen cuatro momentos en los que podemos colocar un implante en relación a la extracción dental:

- **Implante inmediato:** colocado justamente después de realizar la extracción.
- **Implante inmediato diferido:** esperamos a la cicatrización del tejido blando entre 3 y 8 semanas.
- **Implante diferido:** Colocamos el implante entre 4 y 6 meses después de la extracción dental. Generalmente asociado a técnicas de aumento óseo.
- **Implante en hueso maduro:** En donde el implante lo colocamos al menos 9 meses después de la extracción dental.

2. ¿Cómo debemos manejar el gap periimplantario?

La diferencia de diámetro entre la raíz de un diente y el implante, produce un gap o discrepancia alveolo-implantaria. La literatura avala que gaps menores de 2 mm no necesitan tratamiento y se resuelven de manera

espontánea⁽⁷⁾. Cuando el gap es mayor de 2 mm se han descrito multitud de técnicas de R.O.G para minimizar la reabsorción ósea vestibular, aunque se necesitan más estudios para evaluar el impacto de la R.O.G en I.I.P.E⁽⁸⁾.

Un condicionante claro a parte de la medida del gap, es el grosor de la tabla vestibular, relacionado con el biotipo del paciente. Tablas óseas vestibulares menores de 0,5 mm sufren una pérdida considerablemente mayor que aquellas de grosores más anchos⁽⁹⁾. En consecuencia, y para prevenir colapsos del tejido blando, debemos rellenar el gap para que, si la tabla vestibular se reabsorbe, exista espacio para la formación ósea y no se colapsen los tejidos blandos.

Nuestro protocolo en la actualidad trata de rellenar el alveolo previamente a la inserción del I.I.P.E con pasta de hueso Putty (TecnoSS OsteoBiol). La pasta de hueso Putty está compuesta por un 80% de hueso micronizado con granulometría menor de 300 µm y 20% de gel colágeno, permite una gran manejabilidad y se presenta en jeringas monouso.

3. ¿El implante se realiza con o sin colgajo?

Para poder tomar esta decisión clínica debemos tener en cuenta la integridad alveolar inmediatamente después de la extracción.

Dependiendo del tipo de alveolo que observemos, colocaremos el implante de manera inmediata o diferida.

Para ello, consideramos de gran interés la clasificación de Elian y Tarnow⁽¹⁰⁾.

• **Alveolo Tipo I:** los tejidos blandos y la pared ósea vestibular están al nivel ideal en relación al límite ameloementario (L.A.C) previo a la extracción y después de ella. Podemos realizar implante I.I.P.E sin colgajo.

• **Alveolo Tipo II:** los tejidos blandos vestibulares están en su posición ideal pero hay pérdida parcial de la tabla ósea vestibular. Es difícil poder diagnosticarla, nos ayudamos de una sonda periodontal muy fina y recorremos toda la cortical vestibular desde apical hasta coronal para evidenciar dehiscencias y fenestraciones de la misma. El tratamiento varía mucho dependiendo del tipo de defecto óseo presente.

• **Alveolo Tipo III:** pérdida de la tabla ósea y de los tejidos blandos vestibulares. Lo más conveniente es realizar un implante diferido en el tiempo entre 4 y 8 semanas para lograr una cobertura del tejido blando y realizar una técnica de aumento óseo. Es necesario realizar colgajo.

Siempre que podamos realizar un I.I.P.E sin elevar un colgajo mucoperióstico, mantendremos mayor volumen de tabla ósea vestibular, ya que el trauma quirúrgico es menor y preservaremos la cortical, siempre y cuando el implante no esté vestibularizado y provoque compresión.

4. ¿Cuál es la posición 3D “ideal” del implante? ^(11, 12, 13)

Uno de los parámetros que más afecta al resultado final del implante es su correcta ubicación en los tres ejes del espacio.

Sentido mesio- distal: Debemos respetar al menos:

- 1,5 mm. diente- implante.
- 3 mm. implante- implante.

Sentido vestibulo- palatino:

• Importante conservar de manera íntegra al menos 1mm de cortical vestibular.

• La posición óptima del implante se ubica en el centro del diente a sustituir y aproximadamente entre 1,5 y 2 mm más palatino que el perfil de emergencia vestibular deseado del margen gingival de la corona.

• El implante debe estar entre el cingulo y el borde incisal. No debemos exceder nunca la angulación de más de 15° ni en sentido vestibular ni palatino, siendo mucho más grave hacia vestibular.

Sentido apico- coronal:

• En condiciones ideales el implante debe tener su posición crestal 3 mm. apical al L.A.C del diente adyacente. Obviamente esto depende de varios condicionantes como pueden ser el biotipo y grosor del tejido blando del paciente y si los dientes adyacentes presentan algún tipo de recesión.

5. ¿Es necesario modificar los tejidos blandos?

Los tejidos blandos proporcionan la estabilidad periimplantaria, por ello es imprescindible tenerlos en una cantidad y calidad adecuada. El dilema de los I.I.P.E es la imposibilidad de controlar la reabsorción ósea de la tabla vestibular, ya que este hueso fascicular, depende del diente y al extraerlo se pierde en mayor o menor medida ⁽¹⁴⁾.

Existe una relación directa entre el biotipo gingival y el grosor de la tabla vestibular, tablas menores de 1 mm se consideran inadecuadas para la colocación de I.P.E.

Por ello, y para reforzar la estabilidad de los tejidos periimplantarios y prevenir la recesión, utilizamos injertos de tejido conectivo (I.T.C) en la modificación de los biotipos gingivales ^(15, 16) en aquellos biotipos finos.

6. ¿Realizaremos una prótesis provisional inmediata?

La realización de una prótesis provisional inmediata (P.P.I) después de colocar el implante nos permite manejar desde el primer momento el perfil de emergencia (P.E).

El P.E lo definimos como el contorno de un diente o una restauración, ya sea una corona sobre un diente natural o un pilar de un implante, y su relación con los tejidos adyacentes ⁽¹⁷⁾, tiene componente subgingival y supragingival, siendo el subgingival el que da el soporte a los tejidos gingivales.

Para realizar la P.P.I el mismo día de la colocación del implante debemos obtener unos parámetros de torque de inserción e índice Ostell altos.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 36 años que acude a consulta tras fracaso restaurador previo en 2.6. Realizamos exploración visual, así como radiografías periapicales y tomografía axial computarizada (T.A.C).



FIG.1: ASPECTO INICIAL DEL CASO, VISTA VESTIBULAR.



FIG.1A: RADIOGRAFÍA PERIAPICAL INICIAL.

DIAGNÓSTICO

Explorado el caso concluimos que el paciente presenta una perforación en furca así como patología periapical del diente 2.6 de pronóstico imposible para su mantenimiento.

PLAN DE TRATAMIENTO

- **Primera intervención:** extracción diente atraumática 2.6, colocación implante Zimmer T.S.V, colocación de prótesis provisional inmediata (P.P.I) atornillada. Tres meses de espera.
- **Segunda intervención:** Toma de impresión mediante cubeta abierta y duplicación perfil de emergencia.
- **Tercera intervención:** Prueba de la estructura interna de la corona.
- **Cuarta intervención:** Prueba de la corona en biscocho. Control de los parámetros de la emergencia.
- **Quinta intervención:** Colocación de corona con cemento provisional.
- **Sexta intervención:** Cementado definitivo al mes.

PUNTOS CLAVE PARA EL ÉXITO

Cirugía Oral: Extracción atraumática: preservación del tejido blando del alveolo.

Implantología: Colocación 3D del implante.

Relleno del gap periimplantario.

Prótesis: Sistema de carga mediante pilar definitivo Z.O.A: Estabilidad periimplantaria

TÉCNICA QUIRÚRGICA



FIG. 1B. MEDIANTE ESTE BISTURÍ REALIZAMOS LA SINDESMOTOMÍA DE TODAS LA FIBRAS PERIODONTALES, PARA REALIZAR UNA EXTRACCIÓN COMPLETAMENTE ATRAUMÁTICA, QUE CONSERVE ÍNTEGRA LA CORTICAL VESTIBULAR.



FIG. 2. UNA VEZ LUXADO EL DIENTE MEDIANTE BOTADOR, PROCEDEMOS A REALIZAR UNA ODONTOSECCIÓN PARA LA EXTRACCIÓN ATRAUMÁTICA DE TODAS LAS RAÍCES Y ASÍ PRESERVAR TODO EL VOLUMEN DEL TABIQUE INTERRADICULAR DEL HUESO VESTIBULAR.

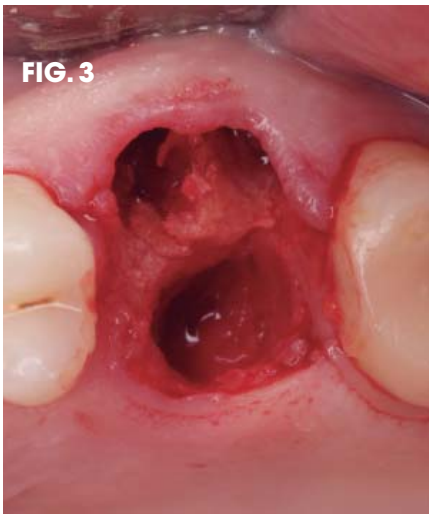


FIG. 3. UNA VEZ REALIZADA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE 2.6, VISUALIZAMOS EL ALVEÓLO Y COMPROBAMOS MEDIANTE UNA SONDA PERIODONTAL QUE LA CORTICAL ESTÉ ÍNTEGRA, ES MUY IMPORTANTE PARA NO COMPROMETER LA VASCULARIZACIÓN DE LAS PAPILAS QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN NO LAS DESPEGUEMOS. REALIZAREMOS LA OSTEOTOMÍA EN EL TABIQUE INTERRADICULAR CON APOYO EN EL ALVEOLO PALATINO.

LA FRESA PILOTO ES CLAVE PARA EL POSICIONAMIENTO 3D DEL IMPLANTE, EMPEZAMOS A CALIBRAR CON ELLA LOS PARÁMETROS ANTERIORMENTE DESCRITOS, EN SU COMPONENTE MESIO-DISTAL PARA OBTENER PAPILA DEBEMOS CONSERVAR AL MENOS 1,5MM DE DISTANCIA A LOS DIENTES ADYACENTES.

COMPROBAMOS MEDIANTE PIN DE PARALIZACIÓN COMO EL COMPONENTE VESTÍBULO-PALATINO ES EL CORRECTO, NOS ENCONTRAMOS EN EL CENTRO DE LA CARA OCLUSAL, SIN NINGÚN TIPO DE INCLINACIÓN EN ÉSTE CASO LA POSICIÓN TRIDIMENSIONAL ÓPTIMA SE REALIZA ANCLANDO EL IMPLANTE EN EL TABIQUE INTERRADICULAR.



FIG. 4. REALIZADO EL CORRECTO FRESADO DEL NEO ALVEÓLO IMPLANTARIO PROCEDEMOS A COLOCAR EL IMPLANTE ZIMMER TSV 6X 11,5MM CON UN TORQUE DE INSERCIÓN DE 45 NW/CM Y OSTELL DE 68.

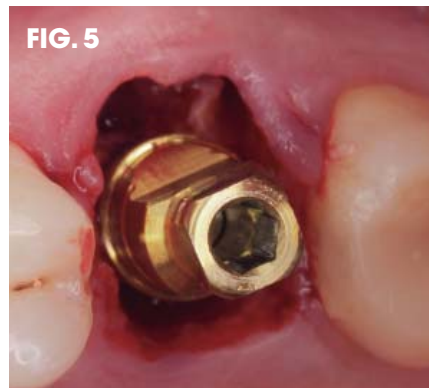


FIG. 5. COMPROBAMOS LA CORRECTA POSICIÓN TRIDIMENSIONAL DEL IMPLANTE EN SU POSICIÓN VESTÍBULO PALATINA Y LA EXISTENCIA DE GAP TANTO POR VESTIBULAR COMO POR PALATINO, ESTO ES MUY IMPORTANTE PARA MANEJAR DESPUÉS EL PERFIL DE EMERGENCIA.



FIG. 6. DETALLE DEL IMPLANTE TRAS SU COLOCACIÓN TAL Y COMO PLANIFICAMOS, EN EL TABIQUE INTERRADICULAR CON APOYO EN EL ALVEOLO PALATINO.



FIG. 6A. APLICAMOS LA PASTA DE HUESO PUTTY (TECNOSS OSTEObIOL). ES UNA PASTA COMPUESTA POR 80% DE HUESO CON GRANULOMETRÍA MENOR DE 300µM Y GEL DE COLÁGENO, QUE UTILIZAMOS PARA REGENERACIONES DE DEFECTOS CON CIERTO POTENCIAL AUTO REGENERADOR (ALVÉOLOS, DEHISCENCIAS Y FENESTRACIONES, TODAS ELLAS DE TIPO 1).



FIG. 7. SE PROCEDE A LA COLOCACIÓN DE UNA P.P.I REALIZADA MEDIANTE EL MISMO TRANSPORTADOR DEL IMPLANTE ATORNILLADA PARA EL MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL PERFIL DE EMERGENCIA.

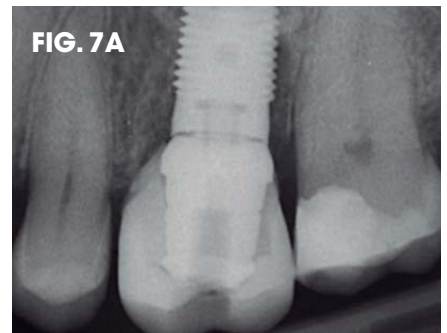


FIG. 7A. DETALLE RADIOLÓGICO EN EL QUE EVIDENCIAMOS LA CORRECTA POSICIÓN 3D DEL IMPLANTE Y LA P.P.I.



FIG. 8. ASPECTO POSOPERATORIO DESDE VESTIBULAR A LAS 24 HORAS. PROPORCIONAMOS A LA CORONA UNA EMERGENCIA CLÍNICA NATURAL PARA EMPEZAR A MODELAR LOS TEJIDOS BLANDOS DESDE ESTE PRIMER MOMENTO, LAS PAPILAS TIENEN EL SOPORTE MEDIANTE EL PUNTO DE CONTACTO ADECUADO.



FIG. 9. MEDIANTE LA TOMA DE IMPRESIÓN A CUBETA ABIERTA, REPLICAMOS EL PERFIL DE EMERGENCIA SUBGINGIVAL CON COMPOSITE FLUIDO PARA EVITAR SU COLAPSO DURANTE ESTE PASO.



FIG. 11. LA ZONA VESTIBULAR CICATRIZA DE MANERA CORRECTA TRAS EL RELLENO DEL GAP.

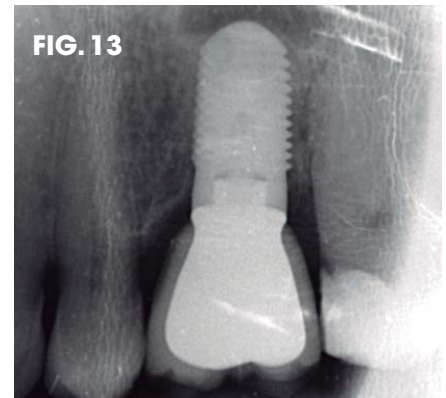


FIG. 13. ASPECTO RADIOLÓGICO TRAS LA COLOCACIÓN DE LA CORONA DEFINITIVA.



FIG. 10. RETIRADA LA CORONA PROVISIONAL, OBSERVAMOS LA ESTABILIDAD DE LOS TEJIDOS BLANDOS. EL MANTENIMIENTO PAPILAR ES COMPLETO A LOS TRES MESES, VISUALIZAMOS LA ESTABILIDAD DE LOS TEJIDOS PERIIMPLANTARIOS ASÍ COMO UNA FORMACIÓN COMPLETA DE LAS PAPILAS MESIAL Y DISTAL.



FIG. 12. CORONA METAL CERÁMICA DEL DIENTE 2.6 ATORNILLADA.



FIG. 14. IMAGEN DE ESTABILIDAD TISULAR DOS AÑOS POSTTRATAMIENTO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barzilay I, Graser GN, Iranpour B, Natiella JR, Proskin HM. Immediate implantation of pure titanium implants into extraction sockets of Macaca fascicularis. Part II: Histologic observations. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996;11(4):489-97.
2. Barzilay I, Graser GN, Iranpour B, Proskin HM. Immediate implantation of pure titanium implants into extraction sockets of Macaca fascicularis. Part I: Clinical and radiographic assessment. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996 ; 11(3): 299-310.
3. Krump JL, Barnett BG. The immediate implant: a treatment alternative. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1991;6(1):19-23.
4. Gelb DA. Immediate implant surgery: three-year retrospective evaluation of 50 consecutive cases. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1993; 8(4): 388-99.
5. Lang NP, Pun L, Lau KY, Li KY, Wong MC. A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year. *Clin Oral Implants Res.* 2012; 23 Suppl 5: 39-66.
6. Machin Muñoz JA. Implantes inmediatos postextracción. *MAchin- Cavallé.* 2002; 2: 29-30.
7. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, d'Archivio D, di Placido G, Tumini V, Piattelli A. Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. *J Periodontol.* 2001; 72(11): 1560-71.
8. Chen ST, Darby IB, Adams GG, Reynolds EC. A prospective clinical study of bone augmentation techniques at immediate implants. *Clin Oral Implants Res.* 2005 ;16 (2): 176-84.
9. Chen ST, Darby IB, Reynolds EC. A prospective clinical study of non-submerged immediate implants:

clinical outcomes and esthetic results. *Clin Oral Implants Res.* 2007; 18(5) :552-62.

10. Elian N, Cho SC, Froum S, Smith RB, Tarnow DP. A simplified socket classification and repair technique. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2007; 19(2): 99-104.

11. Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005; 25(2): 113-9.

12. Evans CD, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19(1): 73-80.

13. Tarnow D, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of interimplant bone crest. *J Periodontol.* 2000; 71: 546-9.

14. Araújo MG, Sukekava F, Wennström JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *J Clin Periodontol.* 2005; 32(6): 645-52.

15. Kan JY, Rungcharassaeng K, Morimoto T, Lozada J. Facial gingival tissue stability after connective tissue graft with single immediate tooth replacement in the esthetic zone: consecutive case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67(11 Suppl): 40-8.

16. Covani U, Marconcini S, Galassini G, Cornellini R, Santini S, Barone A. Connective tissue graft used as a biologic barrier to cover an immediate implant. *J Periodontol.* 2007; 78(8): 1644-9.

17. Academy of Prosthodontics The glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent.* 2005;94:10-92.

18. Chu SJ, Tarnow DP, Tan JH, Stappert CF. Papilla proportions in the maxillary anterior dentition. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009; 29(4): 385-93.

CONCLUSIONES:

- La tabla ósea vestibular es uno de los grandes dilemas en implantología inmediata.
- La reabsorción de la cortical vestibular esta directamente relacionada con el grosor de la misma, el biotipo gingival y el posicionamiento del implante.
- La preservación del alveolo mediante biomateriales son una alternativa válida en determinados procedimientos de biotipo grueso.
- El perfil de emergencia subgingival es clave para la estabilidad del tejido periimplantario.
- Mediante la técnica descrita podemos conseguir el mismo volumen papilar en implantes adyacentes a dientes que en dentición natural de una persona sana •



¿Cómo diferenciarse de otras clínicas?

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI

[DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.

PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

¿Cuáles son los aspectos que diferencian una clínica dental de otra? ¿Qué criterios existen para posicionarse en medio de la alta competencia? Preguntas importantes que no suelen recibir la consideración adecuada.

Me gusta provocar a los dentistas que participan en mis cursos con la pregunta sobre su posicionamiento. ¿Por qué razón debo ir justamente a su clínica y no a cualquier otra? A menudo se quedan mirándome, perplejos y dudosos, ya que la gran mayoría nunca se ha planteado esta cuestión a fondo. Si acaso, se recurre al argumento de la especialización como criterio para diferenciarse; implantología o estética, por ejemplo. Puede que este posicionamiento sea suficiente en lugares como Vielha, en el Valle de Arán, pero en grandes ciudades este argumento de diferenciación se queda corto.

Si sigo insistiendo en las razones por las cuales decidirme por una clínica dental y otra, suelo recibir argumentos como experiencia, precios atractivos o calidad. Estos son, sin duda alguna, aspectos importantes, sin embargo tampoco sirven como criterios de diferenciación ya que muchas clínicas suelen decir que tienen experiencia profesional o condiciones interesantes. Un posicionamiento de verdad se caracteriza por cierto grado de exclusividad y distinción. Y el argumento de la calidad tampoco sirve como criterio de posicionamiento, ya que es una de esas palabras desprovistas de sentido que tanto se usan en publicidad. "Calidad", ¿En qué? ¿Se refiere acaso a la calidad del material o del tratamiento odontológico?. Porque si así fuese, este argumento no sirve ya que los pacientes no son capaces de valorar si una intervención se ha hecho con el mayor cuidado y con la más alta precisión posible.

ABRIR LA MENTE, CONSEGUIR DIVERSIÓN DE OPINIONES

Si bien el tratamiento odontológico es la prestación más esencial de una clínica dental, puede que no sea la más importante y, sin duda alguna, no es la única. El trato al paciente, la motivación de éste o el asesoramiento en cuestiones de la salud buco-dental son algunos de los aspectos

que forman el conjunto de prestaciones que debe ofrecer una clínica dental. Por lo tanto es recomendable añadir a los aspectos odontológicos, argumentos de posicionamiento, como las propiedades del equipo profesional o las prestaciones adicionales.

¿Existen aspectos que destacan al personal de la clínica? ¿Hablan todos perfectamente inglés o ruso? ¿O han sido todos formados en la atención de pacientes con temor al dentista? ¿Acaso trabajan únicamente profesionales con más de diez años de experiencia? Argumentos interesantes puede haber tantos como personal en plantilla.

“ *Es recomendable añadir a los aspectos odontológicos argumentos de posicionamiento, como las propiedades del equipo profesional o las prestaciones adicionales.* ”

Aunque sean detalles, las prestaciones adicionales pueden reforzar la distinción de una clínica. En general son aspectos relacionados con la percepción del paciente antes, durante y después de la visita. ¿Existen, por ejemplo, aparcamientos reservados para los pacientes? ¿Se ofrecen horarios especiales? ¿Acaso Santiago Calatrava ha diseñado el interiorismo de la clínica? ¿O hemos colaborado con la ONCE y creado una clínica especialmente adaptada para invidentes?

EXISTEN BUENAS RAZONES PARA REFLEXIONAR SOBRE EL POSICIONAMIENTO

Hay muchas razones por las cuales vale la pena invertir tiempo y empeño en definir el posicionamiento de una clínica dental. A continuación una breve selección:



Un posicionamiento realmente fuerte se consigue gracias a la suma de argumentos y criterios.

1ª razón: Verificar el estatus quo. ¿Somos realmente percibidos tal y como lo deseamos? ¿O ha cambiado algo en los últimos años?

2ª razón: Un posicionamiento bien claro fomenta el nivel de reconocimiento, que es igual de importante para la fidelización de las pacientes existentes como para conseguir nuevas visitas.

3ª razón: Cuanto más alto sea el nivel de reconocimiento más probable es que un paciente se acuerde de su dentista y lo recomiende cuando se le pida una recomendación.

4ª razón: Cuando más claro sea el posicionamiento más difícil será que otras clínicas copien el modelo o la idea.

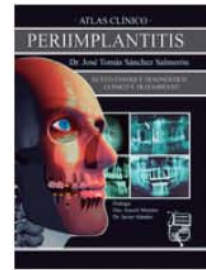
5ª razón: Sólo con un posicionamiento realmente explícito se atraerá a los pacientes con el perfil deseado. Y ya que éstos eligen a su dentista justamente por su posicionamiento, más fácil será ganarlos como punto de partida del boca-a-boca ●

EJERCICIO AUTODIDÁCTICO

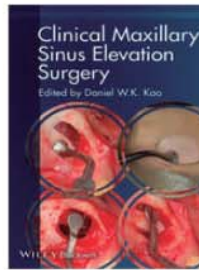
Conseguir un posicionamiento bien claro es un proceso abierto, donde la variedad de opiniones es fundamental. Al igual que en *brain storming* todos los participantes pueden aportar ideas, sin que ninguna propuesta sea rechazada. Es un segundo paso cuando se valora y seleccionan los distintos argumentos hasta llegar a un consenso, a una esencia de los valores que caracterizan la clínica dental. En www.swissdentalmarketing.com se encuentran documentos (en PDF, descarga gratis), que ayudan en este proceso de la diferenciación y del posicionamiento ●



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regen.
Carlo Tinti



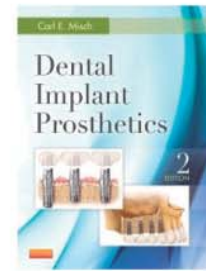
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



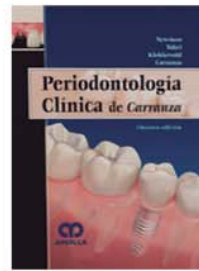
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



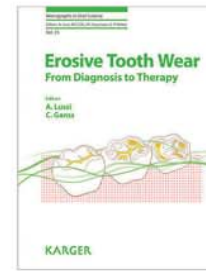
Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



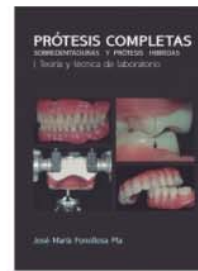
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



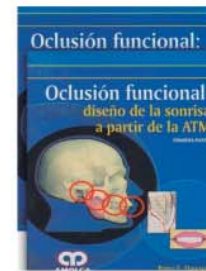
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



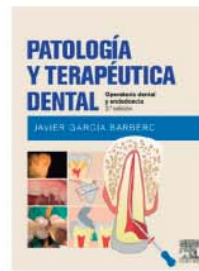
Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



Prótesis competas: Sobredentaduras y prótesis híbridas
J.M. Fonollosa



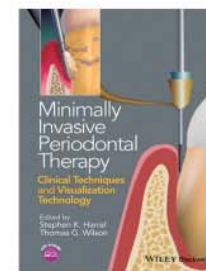
Oclusión funcional Diseño de la Sonrisa a partir ATM
P. Dawson



Patología y terapéutica dental
J. García Barbero



Tto. temprano versus tardío
L. D'Escrivan



Minimally invasive periodontal therapy



La fascinación de la cerámica integral - O. Brix





3 razones de peso para invertir en tu marca



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

Hace años, una sencilla tarjeta de presentación con tu nombre, cualificaciones y un logo diseñado por un familiar o un conocido, hubiesen valido.

Hoy en día, esa falta de esfuerzo en crear y mantener una identidad de marca, podría ser la razón por la que muchos de tus pacientes potenciales no llegan a tus puertas. Efectivamente.

Y es que el paciente de hoy espera mucho más de ti y de tu identidad de empresa.

Sí, sé lo que me vas a decir: “la calidad de mi servicio es lo que cuenta”.

Y mi respuesta va a ser afirmativa: cierto, ser un odontólogo buenísimo es esencial, pero no suficiente.

Ser un excelente odontólogo es parte de tu conjunto global de marca, pero no es ni la única clave del éxito, ni la más importante. Porque hoy lo que cuenta es tu identidad de marca.

¿POR QUÉ DEBES INVERTIR EN DESARROLLAR LA MARCA DE TU CLÍNICA DENTAL CON TANTA URGENCIA?

Por muchas razones, pero por tres principales:

1. Una marca te ayuda a diferenciarte.

No hay dos clínicas dentales iguales y eso tienes que transmitirlo.

La competencia aumenta cada día y cuando menos te lo esperas, aparece un odontólogo/a dos calles más abajo, que domina el mundo digital y que sabe cómo sacar el máximo provecho a su marca. ¿La consecuencia? Tu cartera de pacientes se resiente. Por eso, tienes que diferenciarte del resto antes de que eso ocurra.

Encuentra tu UPS (del Inglés Unique Point of Sale) o Punto de Venta Único, y exprímelo. Es decir, piensa qué es lo que te hace ser diferente.

¿No se te ocurre nada? Desarrolla algo que te diferencie del resto. ¿Por ejemplo?

Un servicio incomparable: ofrece transporte para aquellos pacientes que han sido sedados, crea una zona supervisada en tu clínica donde los niños puedan jugar mientras los padres están siendo atendidos, etc.

Desarrolla tu marca alrededor de esos puntos de venta que pocos odontólogos tienen, y a los pacientes les será mucho más fácil recordarte a ti, al Dr. Cuesta, el que tenía una zona que les encantó a los niños, mientras que el Dr. Romero, no hizo ningún esfuerzo fuera de lo común.

“

El nombre de tu marca, tu logotipo, los colores, incluso el tono de voz y las imágenes que utilizas en tus comunicaciones, son el ADN de tu clínica.

”

2. Una marca aumenta el valor añadido de tu clínica.

Una marca trabajada y establecida crea una sensación de seguridad.

Y eso es porque la mayoría de la gente sabe que una empresa que invierte tiempo y dinero en garantizar la calidad de sus productos y mejorar los servicios que ofrece, es una marca en la que se puede confiar.

Notarás además, que tus pacientes estarán generalmente más dispuestos a pagar por un producto de marca atractiva o conocida, que por productos sin marca reconocible (nos pasa a todos).

Es lo que se llama, el valor percibido, y esa es justo la sensación que necesitas crear en tus pacientes: que una visita al Dr. Cuesta es una visita a una marca establecida que se esfuerza en superar sus servicios constantemente para que sus pacientes queden satisfechos.

Eso es lo que te hará ganar pacientes leales.

3. Una marca hace que tu marketing sea mucho más eficaz.

La creación de la marca de tu clínica odontológica es uno de los componentes iniciales de tu campaña de marketing.



De hecho, una no puede funcionar sin la otra.
Si no tienes una marca consistente, es difícil promocionarte de manera que tus pacientes puedan identificarse contigo.

A título orientativo, puedo decirte que un proceso de branding (proceso de creación de una marca) puede oscilar entre 1 y 2 meses de trabajo. En él intervienen habitualmente profesionales del diseño, la publicidad y la comunicación.

Y todos los elementos que comunican tu marca deben reflejar tu personalidad, tu forma de trabajar, tu filosofía...

Porque una marca es algo más que un logotipo.

Una marca interesante y consistente va a ser la base de todas tus estrategias de marketing, desde las tarjetas de visita y los folletos, hasta tu página web, tu correo electrónico, e incluso la decoración de tus interiores.

El nombre de tu marca, tu logotipo, los colores, incluso el tono de voz y las imágenes que utilizas en tus comunicaciones, son el ADN de tu clínica. En conjunto, describen al paciente quién eres, y por qué eres diferente. Y si, además, asocian esos elementos visuales con una experiencia agradable, les tienes ganados.

Tu marca ahuyenta o atrae. ¿En qué lado quieres estar? Tengo clara tu respuesta. Ponte en manos de profesionales ●

Ros Megías – Consultora en Marketing Sanitario en Brand&Health.

Licenciada en Odontología. Posgrado en Planificación y Dirección de Recursos Humanos. Máster Ejecutivo en Community Management y Gestión de Redes Sociales en la Empresa.

LA MARCA DE PRÓTESIS
NUEVA LÍNEA: **PRÓTESIS EXPRÉS**
(nuevo plazo de entrega, consulte condiciones)

LA PRÓTESIS PERFECTA POR





Hasta el 21 de junio

LA MAGIA DEL CIRCO DEL SOL EN MADRID CON AMALUNA

Madrid acoge desde el pasado 6 de mayo Amaluna, uno de los últimos espectáculos del Cirque du Soleil. El montaje se podrá ver en la capital hasta el día 21 de junio y después seguirá su camino hacia Port Aventura, donde se podrá ver a partir del 3 de julio.

ARGUMENTO

Su título es la fusión de la palabra ama, que significa madre en muchos idiomas, y luna, símbolo de la femineidad que evoca tanto la relación entre madre e hija como la idea de diosa y protectora del planeta. Amaluna da también nombre a una isla misteriosa gobernada por diosas y guiada por los ciclos de la luna, donde transcurre la historia. Su reina, Prospera, dirige la ceremonia de la mayoría de edad de su hija en un rito que honra la femineidad, la renovación y el equilibrio, y que marca la transmisión de estos conocimientos de una generación a otra.



Tras una tormenta provocada por Prospera, un grupo de hombres jóvenes desembarca en la isla, lo que desencadena una historia de amor entre la hija de la reina y un valiente y joven pretendiente. La pareja tendrá que enfrentarse a numerosas dificultades y superar obstáculos desalentadores antes de lograr la fé, armonía y confianza mutuas.

Esta es la novena producción que el Cirque du Soleil (Circo del Sol), la multinacional de la acrobacia creada en Canadá en 1984, con 20 personas, y que ahora cuenta con 4.600 empleados de 50 nacionalidades, estrena en España, en este caso en Madrid, uno de sus espectaculares montajes.

Esta es la primera de las 33 producciones que ha creado el Circo del Sol en su historia, cuyo elenco está formado en un 70% por mujeres, "heroínas" que protagonizan historias inspiradas en la mitología griega y nórdica como "La flauta mágica", de Mozart, y "La Tempestad", de William Shakespeare ●



VUELVE LA FERIA DEL LIBRO AL RETIRO DE MADRID

La 74 Edición de la Feria del Libro de Madrid vuelve a su cita anual con sus seguidores en el Parque del Retiro. Del 29 de mayo al 14 de junio la muestra expondrá todas las novedades editoriales del año, los autores firmarán ejemplares, y todos los amantes de la lectura tendrán toda la oferta literaria a su alcance.

La primera edición de la Feria de Madrid se organizó en 1933 como parte de los actos de la Semana Cervantina, del 23 al 29 de abril. Aquellas primeras casetas, pintadas de diferentes colores, se instalaron en el paseo de Recoletos.

La Feria de 1934 llevó el apellido de "nacional e hispano-americana". Instalada en el mismo paseo del 6 al 16 de mayo. Se celebraron dos ediciones más (1935 y 1936) antes del estallido de la Guerra Civil. La contienda y la primera posguerra abrieron un paréntesis que se cerró en 1944, cuando la Feria fue rebautizada como Feria Nacional del Libro.

Desde 1967 la Feria disfruta de su actual ubicación, el Parque de El Retiro. El creciente aumento de solicitudes de participación de librerías, editores y distribuidores obligó a buscar un nuevo espacio: el tiempo ha demostrado el acierto en la elección del Retiro, hoy estrechamente ligado a esta cita anual con el libro y la lectura.

Entre las distinciones que han reconocido la labor de la FLM, cabe destacar el premio Nacional al Fomento de la Lectura que le concedió el Ministerio de Cultura en 2003, y el premio de Proyección Internacional de la Ciudad de Madrid Benito Pérez Galdós, otorgado por el Ayuntamiento de la ciudad en 2009.

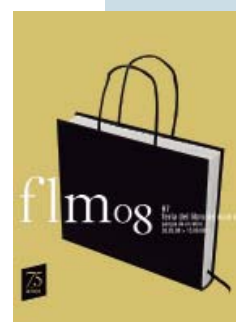
Algunos de los carteles publicitarios de la Feria del Libro de Madrid son en sí mismos obras de arte. Aquí mostramos una selección:



1947



1958



2008



2013

Más información sobre expositores y horarios de apertura:
<http://www.ferialibromadrid.com/index.cfm>

Nuevo proyecto de formación de DVD

Tras el éxito de las jornadas de formación celebradas durante 2014 y el primer cuatrimestre de 2015, DVD ha puesto en marcha su nuevo proyecto DVD formación con 2 nuevos cursos y programas renovados. 13 jornadas dirigidas a profesionales de la odontología que tendrán lugar en Alicante, Barcelona, Cáceres, Granada, Jerez, Madrid, Santander, Valladolid, Vigo y Zaragoza.

Los cursos, cuyo plazo de inscripción se inició el pasado 15 de abril, ofrecen un programa orientado a las necesidades y problemáticas reales de estas disciplinas: radiología 3D, láser, sedación con óxido nitroso, diseño de clínicas, imagen corporativa y planes de marketing para clínicas dentales.

CALENDARIO DE FORMACIÓN:

CS Application Training

Novedad incorporada al dossier de formación de DVD, con la colaboración de Carestream y la Universidad Rey Juan Carlos. Este curso será impartido por el Dr. Jose M^a Nieto de Pablos, profesor de la URJC.

CS Application Training es un taller teórico-práctico de radiografía digital, dirigido a usuarios que deseen am-

pliar sus conocimientos y a los que se quieran iniciar en la técnica del Cone Beam logrando mejores resultados. Se impartirá formación sobre teoría de la radiografía digital, presentación de casos clínicos, y un taller práctico que incluirá la toma de radiografías dentales con diferentes modelos (FOV) de equipos 3D, prácticas de posicionamiento y parámetros radiográficos, y análisis de patologías en casos clínicos reales.

Se realizará en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, el 19 de junio.

Uso del láser de diodo en la práctica dental

Formación impartida por el Dr. Alejandro Otero Ávila y el Dr. Mariano Gallardo, odontólogos con amplia experiencia en el uso de la tecnología láser.

El curso es un taller teórico-práctico sobre láser dental y sus beneficios clínicos, en el que se profundizará en la teoría del láser y también en la práctica, pudiendo realizar diferentes tipos de intervenciones, como corte de encía, fibrosis, o margen gingival, entre otros.

Se impartirá en Granada el 19 de junio y en Barcelona el 3 de julio.

Sedación consciente en la clínica dental

Curso teórico-práctico impartido por el odontólogo Manuel Lupión Redondo, por el Dr. Francisco Javier Pérez de la Cruz, Médico Especialista en Anestesia y Reanimación, y por la profesora de la Universidad Internacional de Catalunya, la Dra. M^a Inmaculada Vela Casasempere.

El objetivo del programa es conocer el sistema de sedación consciente por óxido nitroso en la clínica dental: principios de la técnica, propiedades y fármaco dinámica del óxido nitroso, indicaciones y contraindicaciones, selección de pacientes, técnica de administración clínica, equipamiento e instrumental, precauciones y efectos adversos, consideraciones sobre la exposición crónica ocupacional, desventajas y limitaciones, así como conocer el funcionamiento y manejo de la

DVD

Developing Value in Dentistry



máquina de administración de óxido nítrico.

Se impartirá en Alicante el 19 de junio.

Diseño, imagen y comunicación para clínicas en el nuevo sector dental

Formación impartida por Alberto Llopis Egea, especialista de producto y formador de aparatología dental. Se trata de un programa orientado a conocer los elementos fundamentales en el diseño de una clínica, la organización de la estrategia de comunicación y la importancia de la imagen corporativa como herra-

mientas de promoción y fidelización en la clínica dental.

Se celebrará en Valladolid el 19 de junio.

Master Class Marketing dental

Curso impartido por Xavier Esteban Fradera, consultor, formador y coach de clínicas dentales.

En este programa se aplicarán los principios e instrumentos del marketing en el sector dental, se expondrán las nuevas tendencias del marketing y se desarrollará un plan de marketing dental para la clínica. Tendrá lugar en Valladolid el 19 de junio •

[ZIMMER]

Zimmer Informa de Restauración Perio-Implantes en Barcelona

El próximo 3 de julio, en Barcelona, el Dr. Daniel Capitán Maraver impartirá un Taller de Restauración en el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. El objetivo de este curso es lograr identificar, diagnosticar y realizar el tratamiento más adecuado sobre implantes para poder obtener resultados clínicos óptimos a corto plazo, que se mantengan a largo plazo, teniendo como criterios de éxito la estabilidad implantaria, protésica y periodontal.

Durante la parte práctica del curso, se colocarán implantes Tapered

Screw-Vent y Zimmer Trabecular Metal™ Dental Implant y se practicarán tanto la técnica One abutment-One time™ (técnica que consiste en la colocación de prótesis provisional inmediata sobre un pilar definitivo, reduciendo el trauma de los tejidos y el tiempo de tratamiento) como la RevitaliZe™ (técnica que devuelve de forma inmediata la funcionalidad y estética al paciente con sobredentadura permitiendo trabajar con sencillez y precisión a nivel gingival sin traumatismos) •



[SE CELEBRARÁ EN CÁDIZ]

XII Congreso SEOEME

La Sociedad Española de Odontoesomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales, SEOEME, celebrará la XII Edición de su Congreso los días 6 y 7 de noviembre en Cádiz •



II Curso Modular de Especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria



Osteógenos presenta la II Edición del Curso Modular de especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria, impartido por el Dr. Antonio Murillo Rodríguez (Universidad Alfonso X), y con la participación del Dr. Stefan Fickl (Universidad de Erlangen, Alemania).

Constará de 2 módulos teórico prácticos y una jornada de cirugías en directo. Se abordarán todos los tratamientos en cirugía plástica enfocados al entorno clínico: injerto de tejido conectivo en dien-

tes, técnica de Langer, Raetzke, Allen, Zucchelli, Harris, membranas dérmica, técnica en túnel, en sobre, injerto pediculado, injerto gingival libre en dientes y en implantes, preservación alveolar, diseño de colgajos, preservación papilar...

Los diferentes módulos del curso se celebrarán en diferentes fechas:

Módulo 1: 25 y 26 de Septiembre

Módulo 2: 23 y 24 de Octubre

Módulo 3: 7 de Noviembre •

[BIBLIOGRAFÍA]

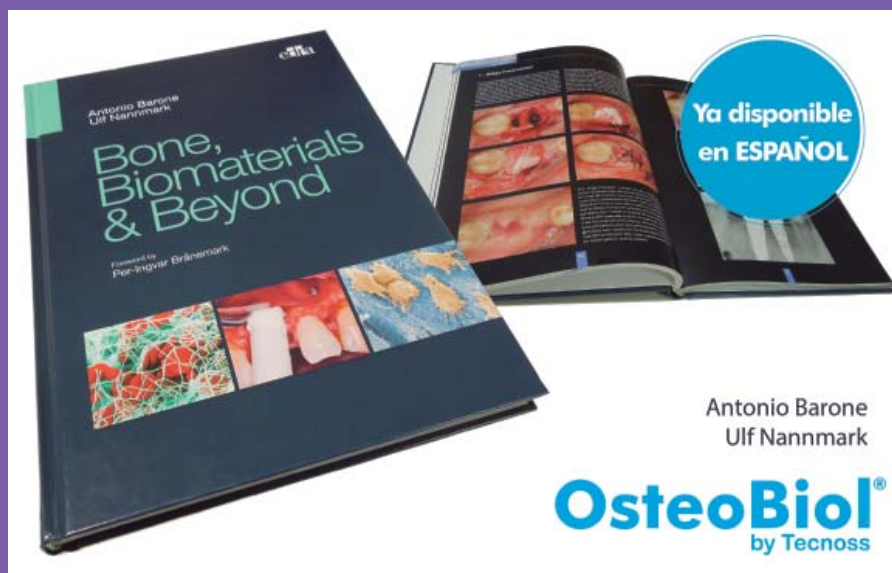
“Bone, Biomaterials & Beyond”, libro sobre técnicas quirúrgicas de Ulf Nannmark y Antonio Barone


La introducción de los implantes dentales osteointegrados hace 50 años revolucionó la odontología.

Un requisito previo es la disponibilidad de suficiente volumen óseo para asegurar la integración y los resultados estéticos aceptables. El objetivo ha sido poner de relieve las técnicas mínima-

mente invasivas, lo que conduce a un menor riesgo de morbilidad y reduce el tiempo de tratamiento.

Los lectores podrán disfrutar de un atlas completo, que proporciona algunos consejos prácticos para la práctica quirúrgica cada día sobre la base de sólidos estudios y evidencias científicas •





“ Pensaba que reducir en más de un 50% la factura de laboratorio podía influir en la calidad del producto, me equivocaba ”

Dra. Sara Peña Ureña

Lic. En Odontología y Máster de Prótesis por la Universidad Internacional de Cataluña

Mi compromiso como odontóloga especialista en prótesis es ofrecer a mis pacientes **tratamientos de la más alta calidad** con los que garantizar un resultado profesional excelente que perdure en el tiempo; soy consciente que una parte importante de ese compromiso de calidad me lo aporta mi laboratorio de prótesis.

Sin embargo, y como todos sabemos, la calidad tiene un precio y en la coyuntura actual, muchos pacientes han tenido que renunciar a sus tratamientos bucales por falta de dinero.

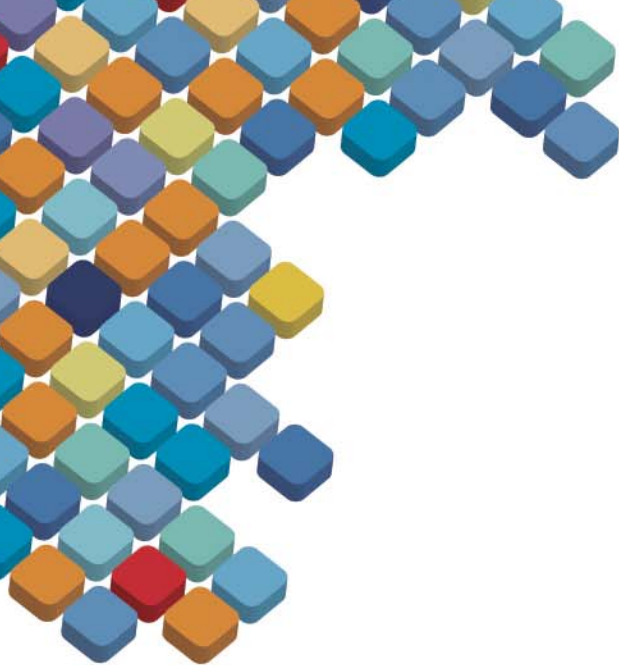
Gracias a las indicaciones de nuestro colega el Dr. Filpo Valentín he descubierto **Dental Lab**, mi nuevo laboratorio de prótesis dental. Un equipo de profesionales altamente preparados que además de ofrecer la excelencia en calidad y servicio, me han permitido reducir mi factura de Laboratorio en más de un 50%.

¿Cuál ha sido la mejor recompensa?, poder acercar a mis pacientes los tratamientos que necesitaban a precios competitivos sin erosionar mis márgenes. Todo un descubrimiento para la salud de mis pacientes y mi negocio.

Os recomiendo que los conozcáis para entender que *hay otra forma de hacer las cosas*.

DENTAL
Lab

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



Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

 Versatilidad

 Variedad

 Eficacia



Implantes

Normoimplant **HE**
Normoimplant **HI**

Instrumental



Prótesis

