



María Blasco

“ Nuestra misión es que los descubrimientos científicos lleguen cuanto antes a los pacientes ”



SECIB 2015

Bilbao. 29-31 de Octubre



Antonio Tamayo

Presidente del Colegio de Odontólogos de la Rioja



Conrado Aparicio

Ingeniero de biomateriales y colaborador de Mozo-Grau

MÁSTER EN ODONTOLOGÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (X edición)

MASTER IN GENERAL DENTAL PRACTICE (X edition)

Universidad de Sevilla

ABIERTO PLAZO
DE MATRÍCULA



FORMACIÓN CLÍNICA INTEGRAL. COMPATIBLE CON EJERCICIO LABORAL

El Máster forma clínicamente en centros hospitalarios, clínicas especializadas y centros de salud. El alumno se capacita para atender al paciente de forma integral al recibir formación en cirugía oral, terapéutica dental, endodoncia, implantología, rehabilitación protésica, odontopediatría, periodoncia y ortodoncia.

Modalidad A. Formación continuada (dos jornadas/semana) en el Centro Dental de la Fundación Odontología Social. 100 horas de odontología hospitalaria y atención primaria de salud en el Servicio Extremeño de Salud. 10 cursos monográficos de formación especializada (un viernes y un sábado al mes).

Modalidad B. Formación intensiva (una semana/mes) en el Centro Dental de la Fundación Odontología Social. 100 horas de odontología hospitalaria y atención primaria de salud en el Servicio Extremeño de Salud. 10 cursos monográficos de formación especializada (un viernes y un sábado al mes).

Preinscripción y matrícula: http://www.cfp.us.es/web/ficha_avanzada.asp?id_titulo=4748&tipo=MU

Email: acastano@us.es; **Tlf.** 954 48 11 48 /626 89 46 96

Matrícula: 8.000€ (2º plazo febrero 2016)



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

19 · SEP/OCT '15

6 **Opinión**

10 **Actualidad**

10 **NOTICIAS**

Symposium B.O.P.T. impartido por el Dr. Loi · Presentación de Expodental 2016 · 1^{er} Campus científico SEPES · Dr. Manuel María Romero nombrado catedrático de número por la RAMCC

30 **REPORTAJE**

SEOP celebra en Dénia su Reunión Anual

34 **EMPRESAS**

36 **Entrevista**

36 **MARÍA BLASCO**

Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas

42 **CONRADO APARICIO**

Ingeniero de biomateriales y colaborador de Mozo-Grau

48 **ANTONIO TAMAYO**

Presidente del Colegio de Odontólogos de la Rioja

52 **Ciencia y salud**

52 **Rehabilitación del maxilar superior mediante prótesis completa inmediata**

56 **Hablemos del habla**

62 **Carcinoma oral en borde lateral de la lengua**

66 **Obstáculo en la erupción de los incisivos superiores permanentes provocado por dos odontomas compuestos**

70 **Mejora tu gestión**

70 **Odontólogos y protésicos dentales. ¿Somos realmente incompatibles?**

Nieves de Regla Domínguez Damas

72 **One-to-one Marketing. La gran ventaja del dentista**

Daniel Izquierdo Hänni

74 **Destinos**

Bilbao, el orgullo de una increíble transformación

78 **Agenda cultural**

**Tour de la Film Symphony Orchestra
Edvard Munch en el Museo Thyssen**

80 **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 Bucofacial 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 Bucofacial U.C.M. Madrid.

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

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

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

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

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

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

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X



[EN PORTADA]

MARIA BLASCO

Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)



PG.30
XXXVII Reunión Anual de SEOP
en Dénia



Pg. 6

IN MEMORIAM

Fernando Sabrás Puras

SUSCRIPCIONES:

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

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



In memoriam a Fernando Sabrás Puras

El pasado 17 de julio fallecía en Logroño el Dr Fernando Sabrás Puras. Además de Presidente de su Colegio de La Rioja, el Dr. Sabrás desarrolló durante años un meritorio trabajo como presidente de la Comisión Científica del Consejo General, su trabajo para conseguir que en todos los Colegios de España, al menos se pudiesen impartir dos cursos anuales de formación continuada, contribuyó en gran medida a la formación y, por ello, buena praxis de los odontólogos y estomatólogos de España.

Un trabajo intenso en el que siempre contó con la colaboración de toda la comunidad odontológica, nos comentaba recientemente su amigo y entonces miembro de la comisión el Dr. Vicente Jiménez López, que nunca obtuvieron un no por respuesta a las peticiones de colaboración, conscientes, sin duda, de que ésa fue en aquel tiempo la mayor contribución de los Colegios a la profesión. Un trabajo que en tiempos en que no había móviles ni internet consiguió coordinar con la inestimable colaboración de Julia Vicente, responsable administrativa de la formación continuada del Consejo.

Publicamos las cartas de despedida de la Junta Directiva del Colegio de La Rioja y de sus amigos del Grupo Ateneo, nadie ha querido firmarlas personalmente para que el protagonista de este homenaje sea exclusivamente Fernando. Descanse en paz.

Odontólogos de Hoy

Adiós Fernando, adiós. La Comunidad Odontológica lamenta profundamente tu marcha y tus amigos y compañeros quedamos sumidos en una profunda tristeza.

Aquellas reuniones semanales en el Colegio Oficial, del que tú fuiste el primer Presidente, percibirán tu ausencia. Aunque todo aparentemente siga igual, no lo es ni será. Los miembros de la primeras Juntas Colegiales, cuando la sede estaba en Calvo Sotelo, ya peinamos canas, pero eso es cosa del tiempo, aceptable, lo que no es aceptable es el adiós prematuro y no asumido.

A ti Bosco, como continuador de su obra, te deseamos que su ejemplo guíe tus pasos a lo largo de la vida.

Para Matilde, tus hijos y nietos, así como a tus hermanos, un fuerte abrazo.

La Junta Directiva
(Colegio O. de O. y E. de la Rioja)



Querido Fernando: todos los días nos seguimos acordando de ti, de tu humanidad, de tu alegría, de tu sentido del humor, de tus inquietudes, de tu cariño, de tu amistad, y siempre con una sonrisa tan sonora que denotaba las enormes ganas de vivir que siempre tuviste.

Pero un día desgraciado nos comunicaste la terrible enfermedad que padecías; todas las pruebas que te hicieron para poder diagnosticarla y todos los tratamientos que, a partir de ese momento y en esa lucha frenética por la vida, iniciaste.

Fue una dura prueba, en la que demostraste tu hombría y tu sentido de la humildad que te hizo padecer estoicamente, quitándole siempre importancia al sufrimiento.

Te visitamos en la Clínica Universitaria de Navarra y aunque habías perdido mucho peso, te vi alegre, con la sonrisa de siempre y con esa elegancia personal en el vestir, que te hacía diferente a todos.

Estabas con tus hermanas que tanto te han querido y con tanto cariño te han tratado. Has sido un afortunado. Tu mujer Matilde, durante este terrible año y medio, ha sabido cuidarte y demostrarte todo el amor que te tenía y te tiene, así como tus hijos (Bosco, Mariana, Matilde y Cristina), que siempre te han acompañado todos estos duros momentos.

Supiste crear familia y protegerlos hasta el último aliento de tu vida.

Besos, abrazos, caricias y ¿por qué no?, alguna reprimenda, hicieron de ti Fernando un padre ejemplar a quien adoraban todos sus hijos. Y con la llegada de tus nietos volvió a aparecer ese niño que habías tratado de esconder toda tu vida pero que, en muchos momentos, volvía a aparecer, aunque no fueras consciente y pretendieras evitarlo.

En tu vida profesional, fue tanta la admiración, valoración y cariño que suscitaste, que aparte de ser un dentista de referencia por tu excelente formación y generosidad, fuiste profesor en la Universidad del País Vasco.

Tus cursos sobre prótesis son reconocidos en toda la población odontológica, y fuiste la luz que alumbró a cantidad de jóvenes dentistas que se acercaban a ti para recibir tus enseñanzas.

Siempre te hiciste querer. Era tanto el aprecio que suscitabas entre los que compartían contigo su día a día que fuiste por más de veinticinco años Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja.

Algunos tuvimos la gran suerte de formar parte de la Comisión de Formación Continua del Consejo General, que con tan buen hacer presidías.

“

Nos seguimos acordando de ti, de tu humanidad, de tu alegría, de tu sentido del humor, de tus inquietudes, de tu cariño, de tu amistad, y siempre con una sonrisa tan sonora que denotaba las enormes ganas de vivir que siempre tuviste. ”

En el Grupo Ateneo, compartimos cientos de anécdotas inolvidables, familiares, profesionales. Nos hubiera encantado haberte podido ayudar más en tu calvario, pero fuiste elegante hasta para llevar en la intimidad tu sufrimiento y solo tomabas contacto con los amigos en aquellos momentos en que te encontrabas con la fuerza suficiente para no hacernos sufrir, dándonos una falsa imagen de mejoría, aunque supieras por tu formación médica que aquello no iba todo lo bien que hubiésemos deseado.

Y, desgraciadamente, el 17 de julio de 2015 y en tu querido Logroño, iniciaste una nueva etapa en la que sin duda, alegrarás la vida a todos los que te rodeen y volverás a ser parte de esta profesión a la que tanto querías.

Siempre te querremos y estarás con nosotros.

Tus amigos del GRUPO ATENEO





Tribuna de Salud Pública. La salud dental en España: datos globales (1)

F. JAVIER CORTÉS MARTINICORENA
ESTOMATÓLOGO. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

La salud dental de los españoles está, en términos globales, dentro de los niveles de los países de nuestro entorno geográfico y de desarrollo social y económico, y presenta sus luces y sus sombras. Siendo la prevalencia de las enfermedades dentales alta en todos los países desarrollados (caries y enfermedad periodontal fueron denominadas “la última epidemia” en los años 50; Slack GL. Symposium of dental disease –the last great epidemic. Royal Society of Health Journal, August 1958: vol 78, nº4. Pp. 477-483), España presenta unas cifras equiparables a países con un desarrollo igual o mayor que el nuestro. Nuestro país ha presentado históricamente unos niveles moderados de caries, pero unos bajos índices de tratamiento. Además, de 1993 a 2010 —fecha de la última encuesta nacional (actualmente está en curso la de 2015)— el porcentaje de niños/as afectados por caries ha descendido un 51% y el número de dientes afectados un 34%; en adultos jóvenes este descenso ha sido del 38%. La afectación por periodontitis grave ha descendido en el mismo período un 53% entre adultos jóvenes y un 39% en mayores; el porcentaje de personas mayores totalmente desdentadas también se ha reducido a la mitad en ese mismo período. En definitiva, aun partiendo de indicadores de enfermedad mejores que muchos países de nuestro entorno en los años 70 y 80 (el nivel de caries en España era sensiblemente inferior al de los países del centro y norte de Europa o EE.UU), la afectación por caries y enfermedades periodontales presenta unas cifras muy lejos de las de la era de la “última epidemia”.

El principal indicador de caries de una población (el índice CAOD: Careados, Ausentes y Obturados, que muestra la historia total de caries) tiene dos partes dife-

renciadas: una es la de la propia enfermedad (C) y otra la del tratamiento recibido (AO). La primera indica la cantidad actual de enfermedad en sí; la segunda indica el tratamiento recibido por la enfermedad pasada, —lo que indirectamente habla de la oferta de servicios dentales accesibles a la población. Pues bien, mientras las cifras totales de historia de caries son relativamente bajas en España, los índices de tratamiento son bajos y muestran todavía unas altas necesidades de tratamiento no atendidas. Un ejemplo: la media de dientes CAOD a los 12 años es 1,1 pero sólo 0,59 corresponde a dientes obturados, es decir, sólo el 53% ha recibido tratamiento conservador. Entre adultos jóvenes, el 56% es caries sin tratar.

Y es que es necesario no olvidar que los tratamientos dentales tienen escasa financiación en nuestro país. Solo los niños y adolescentes tienen cubiertos estos tratamientos por la sanidad pública y, como se vio en el artículo anterior (Odontólogos de Hoy, número de junio), no todas las comunidades autónomas los ofrecen de la misma manera ni tienen suficientes servicios accesibles para la población. La tasa de acceso en esas edades difiere mucho de unas comunidades a otras y es todavía llamativamente baja en algunas de ellas (Informe SESPO; RCOE 2014, Vol 19 Supl. 1): mientras en Navarra y País Vasco es el 70-66% respectivamente, en Canarias o en Baleares es sólo del 30-32% y en Madrid es del 28% •



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*
Bonificación
en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Tel. 913 43 47 00 ama@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

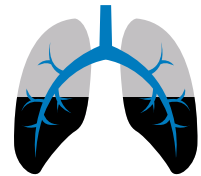


www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Si fumas porros, acabarás fumando tabaco



La adicción al tabaco es el efecto no deseado más frecuente al que se enfrentan los usuarios de cannabis fumado, mayor incluso que otras consecuencias más conocidas como la pérdida de memoria o los brotes esquizofrénicos.

Ésta es una de las conclusiones recogidas en el informe ÉVICT, realizado por el grupo español para el estudio del policonsumo cannabis-tabaco, y que ha sido impulsado desde el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), con la financiación del Plan Nacional sobre Drogas.

En dicho trabajo, en el que han participado más de 40 expertos de diferentes campos, se pone de relieve que el consumo de cannabis y tabaco se potencia mutuamente. En concreto, se ha visto que la probabilidad de usar cannabis si se es fumador de tabaco se multiplica por 2,2 entre la población general, y por 2,8 entre la población escolar. Del mismo modo, la probabilidad de fumar tabaco cuando se consume cannabis se multiplica por 2,3 entre la población general, y 1,3 entre la población escolar.

El porro es la forma más habitual del policonsumo

En España es generalizada la costumbre de mezclar ambas sustancias, aunque debe hacerse constar que existe una gran variabilidad de efectos y resultados según se trate

de las diferentes presentaciones de cannabis (hachís, marihuana, aceite...).

Aunque históricamente el cannabis no se consideraba factor de riesgo para el tabaco, la precocidad y proximidad en la edad de inicio de una y otra droga, nos lleva a que ya podemos hablar de una puerta “inversa” desde el cannabis al tabaco.

El coordinador del Proyecto ÉVICT, el médico de Salud Pública Joseba Zabala, explicó que “la interacción entre las dos sustancias y sus componentes activos principales (Tetrahidrocannabinol y Nicotina) sobrepasa los límites del porro en el que van liados, proyectándose en implicaciones de toda índole”, entre las que destaca “el aumento en el riesgo para la salud y las mayores dificultades para abandonar el consumo de cualquiera de estas dos sustancias”.

El doctor Zabala alude a otra interacción importante, esta vez de índole económica, y es que, dice, “hay evidencia de que los aumentos del precio del tabaco influyen en la disminución del consumo de cannabis”, lo cual valora como un “dato importante a tener en cuenta” para reducir las cifras de inicio de los jóvenes a estas dos drogas fumadas.

Un debate vivo

El debate actual en relación al uso medicinal del cannabis, la legalización en ciertos países... etc., genera

una gran cascada de información y a la vez de confusión y duda entre padres y madres sobre cómo abordar educativamente este tema en la familia.

Por su parte, la presidenta del CNPT, la cardióloga Regina Dalmau, comentó que “queda mucho trabajo por hacer en la línea de trabajo del Proyecto ÉVICT, aunque ya se ha dado un paso muy importante”. Éste, añade, ha consistido en que expertos desde tan diferentes campos de conocimiento como la neurofisiología, la farmacología, la antropología, la clínica, la economía, las leyes..., e incluso desde posicionamientos ideológicos en ocasiones divergentes, hayan sido capaces de colaborar y unir sus fuerzas para afrontar el asunto a partir del método científico y la evidencia compartida” •



[CONCURSO ANUAL]

El COENA entrega un premio el Día Mundial sin Humo

El Colegio de Dentistas de Navarra, como cada año, ha convocado, junto al Instituto de Salud Pública, los Colegios de Médicos, Enfermería y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, un concurso para evitar que los más jóvenes no comiencen a fumar. El premio, entregado el 29 de mayo, ha recaído en el montaje "Rebobina- Atzera Eraman" del IES Zizur BHI.

El concurso, dirigido a jóvenes de 4º de ESO y 1º de Bachiller, consiste en la elaboración de un vídeo que refleje el eslogan elegido este año: "Que el humo no te ciegue". Tras la recepción de los vídeos, el jurado, compuesto por la Junta Directiva del COENA, decidió otorgar el premio al Vídeo "Rebobina-Atzera Eraman", elaborado por alumnos de 4º de ESO del Instituto de Zizur Mayor. (<https://vimeo.com/129203653>)



El premio, consistente en una tarde en la bolera y merienda, para toda la clase de los ganadores, fue entregado por la Vicepresidenta del colegio, Dra. Beatriz Lahoz, en un acto celebrado en el Instituto de

Salud Pública de Pamplona. Al acto también asistió la Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, Marta Vera, quien entregó un diploma a los ganadores •



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

[PATROCINADO POR SWEDEN MARTINA]

Symposium B.O.P.T. impartido por el Doctor Loi

El pasado 23 de mayo se celebró, en el auditorio Mitxelena de la U.P.V, el Symposium B.O.P.T Dominancia de las Formas, impartido por el Dr Loi y patrocinado por Sweden Martina.

El curso, presentado por el Dr Ignacio Rodríguez, Presidente de SEPES, congregó a un importante número de asistentes a esta interesante cita científica en la que el Doctor Loi conquistó al Auditorio con su disertación sobre preparación de los dientes en prótesis fija para obtener resultados estéticos.

El objetivo del curso consistió en mostrar las diferentes formas de preparar los dientes naturales para la restauración protésica, que se puede resumir en dos tipologías: preparación con "margen definido" y preparación considerada "sin margen". Durante la jornada se presentaron, asimismo, diversos casos con su seguimiento a largo plazo para comprobar los resultados estéticos y las aplicaciones de la tecnología CAD-CAM sobre zirconio, que hace posible la metodología en restauraciones metal-free •




sweden & martina

Save the date!



3°
Premium Day
Congreso Internacional de
implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos,
Avda Cortes Valencianas 60


sweden & martina

[OCUPARÁ TRES PABELLONES]

EXPODENTAL 2016 aumentará su espacio de exposición



El pasado 30 de junio tuvo lugar la presentación de la décima cuarta edición de Expodental, Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, que organizado por Ifema en colaboración con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, se celebrará del 10 al 12 de marzo de 2016, en Feria de Madrid.

El acto, que contó con una nutrida asistencia de diversos representantes del sector (empresas, prensa, instituciones, colegios, sociedades científicas, etc...), se celebró en las instalaciones de Ifema, y contó con las intervenciones del Presidente del Comité Organizador de Expodental, Luis Garralda; el Presidente del Sector Dental de Fenin, Federico Schmidt, la Directora de Expodental, M^a José Sánchez, y la Secretaria General de Fenin, Margarita Alfonsel, que comentaron las características y líneas estratégicas que contempla la organización de la nueva convocatoria, así como los datos más relevan-

tes de esta actividad durante el pasado ejercicio.

Entre algunas de las novedades destacadas que incorpora la próxima convocatoria, se encuentra el cambio de ubicación del Salón a los pabellones 3, 5 y 7, que supone una inyección de espacio de más de 1.000 m² y eleva la superficie de exposición disponible a 17.782 m².

Además, Expodental sumará a sus contenidos el nuevo área de Formación, que concentrará toda la oferta académica del sector dental, en relación a las etapas de grado, postgrado y formación continua. Una iniciativa que se completará con la celebración del Día del Estudiante, el jueves 10 de marzo.

El Speaker Corner, un espacio destinado a las presentaciones de los últimos tratamientos y avances tecnológicos, mantendrá su presencia.

De nuevo, Expodental reunirá una completa oferta de productos y novedades en torno a los sectores de equipamiento y mobiliario de prótesis;

consumo e instrumental de clínica; consumo e instrumental de prótesis; implantología; ortodoncia, y servicios e informática, convirtiéndose, una vez más, en el escaparate por excelencia del sector y el principal punto de encuentro de profesionales y compañías de equipos y productos dentales •

EXPODENTAL

Luis Garralda, Presidente del Comité Organizador de Expodental, nos contesta a algunas cuestiones sobre la próxima edición del gran evento profesional del sector:

Odontólogos de Hoy.- El espacio expositivo de Expodental 2016 se incrementará y pasará de 2 a 3 pabellones. Imaginamos que tendrán positivos datos de comercialización para haber tomado esta importante decisión. ¿Cómo distribuirán el nuevo espacio de exposición?

Luis Garralda: En estos momentos estamos en pleno proceso de comercialización y, en efecto, las expectativas apuntan al crecimiento de la feria, tanto en participación empresarial, como en la incorporación de nuevos contenidos, como es el caso del sector de Formación. Este nuevo espacio dedicado a futuros profesionales y también a los que ya están en ejercicio y desean realizar una formación continuada, recogerá la oferta formativa académica de centros especializados y empresas.

Además, la distribución de la feria en tres pabellones ofrece a las empresas participantes más espacios estratégicos de presentación y una

mayor superficie para ampliar sus stands, así como para dar acceso a nuevas incorporaciones. El proyecto atiende también a potenciar los Speakers Corners del Salón y, en general, a mejorar la imagen y presentación de Expodental, con un diseño mucho más atractivo y cómodo de cara a facilitar la visita profesional.

ODH.-Paralelamente al espacio expositivo, ¿qué actividades complementarias de las que se van a desarrollar destacaría?

L.G.: Precisamente, y como comentaba, este año vamos a ampliar el programa y los espacios dedicados a las presentaciones para lo cual contaremos con tres áreas de Speakers Corners, frente a las dos de pasadas ediciones. De esta manera, dedicaremos dos Speakers Corners a las presentaciones de la industria, es decir, a lo último en tratamientos, avances tecnológicos, técnicas más innovadoras, etc. y un tercer espacio en el que, como novedad y en línea con los contenidos del nuevo área de

Formación, se presentarán las diferentes opciones en materia de estudios en torno a la salud bucodental. Estas actividades, especialmente enfocadas a jóvenes con interés en desarrollar su futuro profesional en este ámbito, se completan con el Día el Estudiante que, durante la primera jornada de feria, permitirá el acceso a los alumnos de últimos cursos de las Universidades de Odontología, con objeto de acercarlos al mundo profesional y como valor añadido a su formación académica •



SRCL Consenur®
Servicios Clínicos

NO LO PIENSE MÁS

Contrate nuestros Servicios Clínicos y seremos su único proveedor. Le prestaremos nuestros servicios con una cómoda cuota mensual.

- Protección radiológica
- Dosimetría personal
- Prevención de riesgos laborales
- Protección de datos caracter personal
- Gestión de residuos sanitarios
- Tramitación de licencias sanitarias
- Formación

Empresas líderes en el sector se han unido pensando en sus necesidades.

Infocitec®
Servicios Clínicos

Le haremos un presupuesto personalizado. Solicite información de nuestro programa de Servicios Clínicos en el
info@infocitec.com
o 902 11 96 51
www.srclconsenur.es



[TRAS LAS DENUNCIAS DE FACUA]

Vitaldent no asume las reclamaciones contra sus franquicias

La Asociación FACUA (Consumidores en Acción) ha denunciado a las clínicas dentales Vitaldent por eludir su responsabilidad ante las irregularidades de sus franquicias. Este organismo se puso en contacto con la empresa matriz para que asumiera su responsabilidad en el caso de las reclamaciones de un usuario afectado por un mal servicio en una franquicia de Vitaldent de Chiclana (Cádiz), algo a lo que la empresa se negó. Vitaldent indicó que carecen de “legitimación pasiva” en relación a la responsabilidad de una incorrecta ejecución de un tratamiento odontológico en uno de sus centros franquiciados.

FACUA denuncia la situación de desprotección y desamparo en la que Vitaldent deja a sus clientes al negarse a otorgar ningún tipo de solución o alternativa ante el incumplimiento de una de sus franquicias, a pesar de que la clínica dental mencionada se anuncia como Vitaldent Chiclana.

La asociación menciona que Vitaldent no informa, en ningún caso, a los usuarios de la propia franquicia, ni a través de su web o en los numerosos anuncios en diferentes medios a nivel nacional (internet, prensa, televisión, etc) de que la franquicia y la mercantil son empresas disociadas.

FACUA critica que en su propia web (vitaldent.com), Vitaldent asume como propios los “más de siete millones” de clientes, pero luego no se hace cargo de los problemas que surgen en los centros. En el mencionado portal de internet anuncian un listado con “nuestras clínicas” sin especificar si son propias o franquicias: “cerca de 400 clínicas dentales en toda España”, indica, cuando los diferentes centros con los que cuentan reciben todos el nombre de Vitaldent, además del de la ciudad en la que se sitúan.

La asociación recuerda que “cualquier situación que induzca a engaño o confusión o que impida reco-

nocer la verdadera naturaleza del bien o servicio” está considerada como infracción en materia de defensa de los consumidores y usuarios en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias (artículo 49.d.d).

FACUA ha remitido sus denuncias ante la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aecosan), y a las autoridades de Consumo de la Comunidad de Madrid, donde la empresa tiene su sede social •



[RECURSO RECHAZADO]

Autocontrol acusa al COEM de “menoscabar” el crédito de determinados profesionales

La Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), ha rechazado el recurso presentado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM) contra una resolución de la Sección Quinta del Jurado de este órgano regulador, en la que se consideraba que una campaña que lanzó esta institución colegial no traslada a los consumidores un mensaje no puramente informativo, sino que la intención es apelar a la desconfianza y al recelo, frente a los servicios prestados por otros odontólogos.

En esta nueva resolución, Autocontrol reitera que “basta un simple visionado de la publicidad para concluir que con ella se pretende transmitir al público de los consumidores un mensaje según el cual éstos no deben fiarse de aquellos odontólogos que promocionan sus servicios a través de publicidad, pues sus servicios serán en ocasiones pura fachada”.

Además, considera que “no cabe argumentar que se pretende trasladar al público de los consumidores un mensaje puramente informativo, según el cual deben acudir a su

dentista de confianza”, y advierte de que la campaña del Colegio iba acompañada “de otros mensajes con los que se apela a la desconfianza y al recelo frente a los servicios prestados por otros odontólogos”.

Autocontrol advierte de que “tampoco cabe alegar que la publicidad no se refiere a ninguna clínica en particular” •



Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Iª Región

XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCA

SECIB

BILBAO2015
29~31 OCTUBRE



Palacio de Congresos y de la Música
Euskalduna Jauregia Bilbao

**"EXIGE CIENCIA,
EXIGE RESPUESTAS"**

Ponentes

José Vicente Bagan
Tord Berglundh
Florian Beuer
Matteo Chiapasco
Andrew Dawood

Hugo De Clerk
Marco Espósito
Abel García
Niklaus Lang
José M^a Malfaz
Paulo F. Mesquita De Carvahlo

Pedro Mir
José M^a Moriyón
Adalberto Mosqueda
Igor Tesis
Fernando Verdugo
Marjolein Vercruyssen
José Manuel Redondo Osa

19 OCTUBRE
FIN CUOTA CON DESCUENTO
Inscripción abierta Talleres SECIB
¡Pensando en ti!

Secretaría Técnica - Información

MdV-Organización y Protocolo
Bruc, 28, 2º • 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
secibbilbao2015@emedeuve.com



www.secibbilbao2015.com

[CELEBRADO EN MADRID DEL 2 AL 5 DE JULIO]

1^{er} Campus Científico SEPES

El objetivo que se propuso y consiguió SEPES con este campus era analizar con detalle el tema de los materiales CAD/CAM aplicados a las restauraciones indirectas de dientes posteriores basadas en la adhesión. Además, en este foro se alcanzó un consenso sobre la amplia gama de materiales, procedimientos e indicaciones para este tipo de restauraciones con el fin de editar una guía de consulta que fuera útil para el clínico en su práctica diaria. SEPES editará esta guía y la distribuirá gratuitamente a todos sus asociados.

A partir de una extensa revisión bibliográfica organizada, una somera clasificación de este tipo de materiales que existen en el mercado, y de la experiencia clínica de los participantes, se desarrolló el trabajo de los grupos de estudio que conformaron este campus y que llevaron a fin el objetivo que SEPES se había marcado. Proporcion-



nar una guía práctica y sencilla de apoyo al odontólogo para ofrecerle los conceptos base y pasos para poder realizar sus restauraciones con CAD/CAM, de un modo predecible, y facilitarle la transición hacia unos tratamientos más conservadores para sus pacientes •



[COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE ALICANTE]

Nueva Junta Directiva

La nueva Junta Directiva del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante (COEA), presidida por el doctor José Luis Rocamora Valero, tomó posesión el pasado mes de julio durante el transcurso de una reunión en la sede colegial.

En esta cita, el presidente presentó a los nuevos miembros del órgano de gobierno colegial y animó a todos a participar intensamente en las diferentes comisiones de trabajo, algunas existentes y otras de nueva creación •



Título Universitario de Especialización en Implantología Avanzada

Regeneración Ósea Guiada y Microcirugía Mucogingival

5 créditos ECTS

Del 14 al 17 de Diciembre del 2015 en la UdL

1.800 €

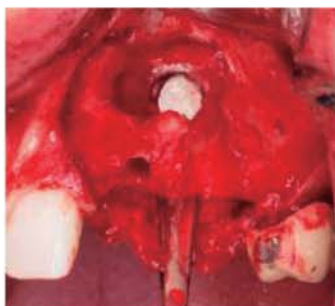


Dr. Antonio Murillo Rodríguez

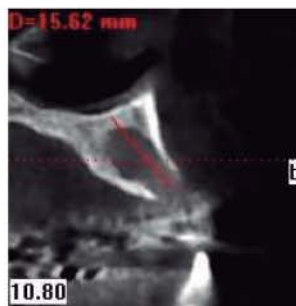
Master en Cirugía Oral, Periodoncia e
Implantología.

Profesor en diversas Instituciones Universitarias
en el campo de la Regeneración Ósea, y Cirugía
Mucogingival.

Autor de numerosas conferencias y publicaciones
nacionales e internacionales.



Evidencia Científica y Clínica en Regeneración Ósea



Evidencia Radiológica en Regeneración Ósea



Microcirugía Mucogingival en todas sus modalidades



Atención individualizada durante el Curso

e den
formación dental

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




Universitat de Lleida

Colaboran:



Facultad de
Estomatología
Villa Clara - Cuba

pd Per[®]Dental
Orthodontics
Implantology

[BRILLANTE INTERVENCIÓN DEL NUEVO MIEMBRO]

El Doctor Manuel Romero Ruiz, Académico de Número en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

El pasado mes de junio tuvo lugar en la Facultad de Medicina de Cádiz, el ingreso como Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, del Dr. Manuel M^a Romero Ruiz, Profesor de Cirugía Bucal y del Máster de Periodoncia e implantes de la Facultad de Odontología de Sevilla.

El nuevo académico versó su discurso sobre “La implantología actual. Pasado, presente y futuro inmediato”. En su intervención el Dr. Romero hizo un repaso por la historia de la reposición de dientes, desde los primeros datos disponibles del Neolítico hasta el descubrimiento de Branemark, deteniéndose en su figura y en la trascendencia de su trabajo.

Posteriormente, describió la situación actual de la implantología, los avances de los que disponemos hoy en día, y su experiencia investigadora en distintos aspectos de la misma. El final supuso un breve repaso de las líneas de investigación actuales y los nuevos hallazgos que



se irán incorporando en los próximos años a la práctica clínica rutinaria.

El Doctor Romero, que hasta ahora era Académico Correspondiente, es muy conocido en toda la profesión, además de por su actividad docente universitaria, en la Universidad de Sevilla principalmente, como por su colaboración durante años en los cursos de for-

mación continua del Consejo General. En sus visitas a los diversos colegios para la impartición de sus cursos siempre ha tratado de transmitir sus conocimientos, ha dejado numerosos amigos y un grato recuerdo personal. Desde aquí le transmitimos nuestra felicitación y afecto que seguro comparten todos los compañeros que han tenido la grata ocasión de conocerle •



Extracto del Discurso del Doctor D. Manuel María Romero Ruiz

“Tuvo que ser Don Quijote de la Mancha, en aquel desafortunado episodio en el que, tras confundir a ovejas y carneros con un ejército enemigo, arremete contra ellos, y es inmediatamente apedreado por sus dueños, perdiendo en el lance varias piezas dentarias. Tuvo que ser él, tantas veces tachado de loco, en cuya boca pusiera Don Miguel de Cervantes la frase más cuerda que jamás se haya pronunciado sobre los dientes:

“Te hago saber Sancho que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y que en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante.” •

Por cortesía del Dr. Romero en nuestra página web www.odontologosdehoy.com pueden leer su discurso íntegro, una lectura que recomendamos a todos nuestros lectores.

Descubre tu AdN Financiero

Porque nosotros tampoco podemos adivinar el futuro pero sí ayudarte a diseñarlo



Nationale-Nederlanden es una Compañía Aseguradora del Grupo NN que ofrece seguros de vida y generales, productos de ahorro e inversión y planes de pensiones.

Los asesores de **Nationale-Nederlanden**, a través de un **Análisis de Necesidades**, te ayudarán a diseñar **Tu Plan** para alcanzar y proteger **Tu Futuro Financiero**.

Para más información ponte en contacto con:

Jacinto Laparra Arroniz (58.091)

e-mail: jacinto.laparra@nnseguros.es

Teléfono de contacto: 943 42 65 66 / 688 89 42 72



Tú importas

Seguros • Ahorro • Pensiones

[EN EL COEM]

Acto de graduación del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma



El pasado 4 de julio se celebró en el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid, el Acto de Graduación de la promoción 2012-2015, de los alumnos del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital Virgen de La Paloma: Esther Cañaverall Cavero, Iria González Regueiro, Sergio Linares Bódalo, Ángela Sanz Sánchez y Clara Vintanel Moreno.

El acto sirvió para congregar a numerosos familiares, amigos, compañeros y profesores del hospital, y fue presidido por el Dr. Valentín Ballesteros, Director gerente del Hospital Virgen de La Paloma; a quien le acompañaron, el Dr. Ramón Soto-Yarritu, Presidente del Colegio de Madrid; el Prof. Juan Carlos Prados Frutos, de la U.R.J.C.; el Prof. Francisco Antonio García de la U.R.J.C.; la Profa. Cristina Barona Dorado, Subdirectora del Máster; y el Prof. Dr. José



M^a Martínez-González, Coordinador y Profesor Titular de Cirugía de la U.C.M.

Como maestro de ceremonia actuó el Profesor Luis Rubio Alonso •

Un congreso
al alcance de todos

27º CONGRESO NACIONAL HIDES

Del 16 al 18 de octubre de 2015 - Salamanca

Hides Salamanca 2105

Estimad@ compañer@:

Desde le Comité Organizador del 27º Congreso Nacional de Higienistas queremos presentarte el programa formativo del que será sin duda el acontecimiento profesional del año.

Estamos poniendo todo nuestro empeño por contagiarte con nuestra ilusión de participar durante unas horas en mejorar la calidad de tus recursos profesionales; de conocer colegas; ampliar tus horizontes; mezclarte con el ambiente universitario; degustar los sabores de una tierra ancestral que embauca.

Por todo ello y porque vamos a por UN CONGRESO AL ALCANCE DE TODOS, te esperamos en Salamanca durante los días 16, 17 y 18 de Octubre; juntos haremos que quede en el recuerdo de todos.

Un saludo

Eva López de Castro
Presidenta del 27º Congreso Nacional de Higienistas

Tel:669.81.60.90

16 de Octubre del 2015

20.00h.: Inauguración del Congreso en el Palacio de Congresos de Salamanca Cocktail de bienvenida y visita a zona comercial

17 de Octubre del 2015

09.00-09.40: "Pénfigo vulgar en la cavidad oral"- **Dra. Leticia Marchena**

09.40-10.20: "Patología de la pinza en el personal auxiliar" - **Dra. Carmen Álvarez de Quesada**

10.20-11.00: "Implicación del higienista dental en el tratamiento de Ortodoncia"-**Dra. Raquel Del Río**

11.00-11.45: "Protocolo con pacientes autistas"- **Dña. Olga Llorente**

11.45-12.15: Cooffe -Break y visita a zona comercial

12.15-13.00: "Gerodontología" - **Dr. José López - Pte. SEGER**

13.00-13.40: "Avances en odontología Legal y forense"- **Dña. Ana Ramiro**

13.45-14.15: "Mantenimiento de prótesis"- **Dr. Javier Montero**

14.15-15.30: Luch y visita de zona comercial

15.30-16.15: "Xerostomía por fármacos" - **Dr. Gerardo Gómez Moreno**

16.15-17.00: "Orientación al paciente para una planificación exitosa" **Dra. Loli Galván**

17.00-17.35: "Urgencias en odontopediatría"- **Dra. Pilar Moreno**

17.35-17.50: Coffe-Break

17.50-19.30: TALLERES HIDES : Para la obtención de la acreditación por formación continuada es imprescindible asistir a 1 taller para afianzar prácticamente conocimientos en materias de nuestro interés

21.30 Cena de Gala 50 €, (no incluido en el precio)

18 de Octubre del 2015

09.30-10.15: "Diagnóstico de maloclusiones dentales" - **Dr. A. Albaladejo**

10.15-11.00: "Coaching Dental"- **Dra. Anita Álvarez Báez**

11-00-11.50: "Cómo puede un higienista colaborar con una ONG" **Dr. Vicente Lozano**

11.50-12.40: "Consideraciones antropométricas y clínicas del complejo dento-labial en la estética dinámica del tercio facial inferior" **D. Bosco Machín Muñiz. Premio Hides 2014**

12.40-13.00: PRESENTACIÓN DEL 28º CONGRESO NACIONAL
CLAUSURA DEL CONGRESO

DEL 1/06/2015-10/10/2015

Socios Hides 120€

Estudiantes
(Adjuntar matrícula) 98€

Colegiados 150€

No socios 155€

Durante todo el año 2015 se realizarán ofertas puntuales de inscripción. Más información:

Dña. Laura Ballester 695 564 529

www.hides2015salamanca.com

hides2015salamanca@outlook.es

[INFORMACIÓN REMITIDA]

Toothfriendly, símbolo de salud dental

El símbolo de calidad "Toothfriendly" certifica científicamente aquellos productos que no dañan los dientes. El objetivo de este amigable logotipo es el de ayudar a los consumidores a identificar aquellos dulces que no provocan caries ni son erosivos para los dientes.

El abuso del consumo de azúcar, especialmente entre comidas, aumenta el riesgo de la caries dental. Aunque la mayoría de los consumidores tienen algún conocimiento acerca de la relación entre la ingesta de azúcar y la caries dental, el consumo de dulces azucarados en España continúa siendo muy alto. Como dentistas, una de nuestras tareas debe ser la de aconsejar a nuestros pacientes sobre los riesgos del azúcar. Pero en lugar de prohibir todos los dulces, gracias a la labor de la asociación Toothfriendly International, podemos recomendar aquellos dulces que no dañan los dientes.

La campaña a favor de los productos certificados con el logotipo "Toothfriendly" es respaldada desde 1989 por la Asociación sin fines de lucro, Toothfriendly International, que comprende a profesionales de la salud bucodental de distintos países. Uno de sus principales objetivos es el de fomentar hábitos alimenticios que no conduzcan al desarrollo de la caries dental. Todos los beneficios que se derivan del logotipo "Toothfriendly" se dirigen a campañas de educación sobre la salud dental.

Además, el brazo caritativo de la asociación, Toothfriendly Foundation se encarga de realizar programas de prevención de caries en escuelas. El primer programa se empezó a desarrollar hace ya más de 7 años y alcanza cada año escolar a un número significativo



de niños y niñas provenientes de familias con pocos recursos económicos.

Una garantía científica

Los tests necesarios para comprobar las características y el comportamiento de los productos se efectúan en centros de evaluación acreditados, dependientes de Institutos Universitarios de Odontología. Para comprobar que un producto cumple con los criterios de la asociación Toothfriendly International se realiza una telemetría de pH intraoral. Ésta consiste en una medición estandarizada "in vivo", en la que a los voluntarios se les aplica interproximalmente un electrodo cubierto por placa que mide el pH durante y hasta treinta

minutos después de consumir el producto.

Los productos que no disminuyen el pH de la placa por debajo de 5.7 bajo las condiciones de esta prueba, carecen de potencial cariogénico. El potencial erosivo, en cambio, se mide con un electrodo libre de placa. Si la exposición al ácido no excede de $40 \mu\text{mol H}^+$ x

“

El abuso del consumo de azúcar, especialmente entre comidas, aumenta el riesgo de caries dental.

”

min, se considera que el producto no tiene un potencial erosivo significativo.

A día de hoy, contamos con más de 150 productos certificados en



40 países distintos. En España pueden encontrar los siguientes productos con el logotipo Toothfriendly: Smint, de Perfetti, Trident, de Mondeléz y Flashmints, de Caramelos Cerdán, entre otros.

Más allá de los dulces

Este año, Toothfriendly International reconoció la necesidad de ampliar el esquema de certificación existente a nuevas categorías de producto – como por ejemplo: pasta de dientes, chupetes ortodónticos, etc. – según criterios claramente definidos y medibles científicamente. El Dr. Albert Bär, director ejecutivo de Toothfriendly International, afirma: “Nuestra misión es la de hacer fáciles las opciones saludables, y esto es algo que hemos logrado con éxito con los productos de confitería no cariogénicos durante más de treinta años. Pero ahora es el momento de centrarse en otros pilares de la prevención de las caries —productos para la higiene bucodental y servicios dentales— con el fin de aumentar

el alcance y el impacto de nuestra asociación.”

Como dentista, usted puede apoyar la misión de Toothfriendly International recomendando a sus pacientes los productos con el logotipo “Toothfriendly”. Además, la Asociación proporciona a los profesionales que así lo requieran material educativo y muestras de producto •

Pueden hacer su pedido en la siguiente dirección: contact@toothfriendly.ch

Más información acerca de la asociación:

Laia Grao
Toothfriendly International
Bundesstrasse 29
4054 Basel, Switzerland
Tel +41 61 273 77 07
Fax +41 61 273 77 03
www.toothfriendly.org



[EN VALLADOLID]

Acto de Apertura en la Universidad Europea Miguel de Cervantes

El pasado día 22 de septiembre tuvo lugar el solemne acto de apertura de curso de la Universidad Europea Miguel de Cervantes de Valladolid.

La lección inaugural fue impartida por el Ilmo. Sr. D. Agustín Morada Frutos, Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región y profesor de la Universidad Europea Miguel de Cervantes, bajo el título: “El papel actual de la Odontología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sueño” •



UEMC Universidad Europea Miguel de Cervantes

[BILBAO, 19 DE SEPTIEMBRE DE 2015]

Open Day Osteobiol. Jornadas Abiertas de Regeneración tisular

Organizadas por el Departamento de formación de Osteógenos y con la inestimable colaboración de Antón Suministros Dentales, se celebró en Bilbao una interesante Jornada Profesional que contó con la presencia de los dictantes Ramón Gómez Meda, Antonio Murillo Rodríguez y Antonio Armijo Salto. El evento contó con la asistencia de un nutrido grupo de profesionales que siguieron con gran atención las exposiciones sobre las técnicas actuales de regeneración ósea.

El acto fue presentado por D. Juan José Mieza, de la empresa Osteógenos y Garbiñe Sanz, de Suministros Antón S.L. •




antón^{S.L.}
 suministros
 dentales
 Sencillamente
 todo lo que necesites


Osteógenos
 Dental Surgical Devices



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

[CON LA ASISTENCIA DE 3.000 PARTICIPANTES]

Congreso Internacional de Endodoncia en Barcelona



ante los asistentes que la temática del congreso, centrada en los componentes biológicos y tecnológicos de la endodoncia, lo han convertido en una oportunidad importante para el sector.

Por su parte, el presidente de la Asociación Española de Endodoncia, José María Mallaz, destacó que el Congreso ha sido una excelente oportunidad para poner de relieve el prestigio internacional de la endodoncia española, mientras que el presidente de la Sociedad Europea de Endodoncia, Claus Löst, mencionó los grandes retos que esta especialidad tiene por delante, animando a los asistentes a aprovechar al máximo el contenido de este congreso.

Finalmente, el consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña, Boi Ruiz, quiso poner de relieve la importancia de la calidad del sistema sanitario público y privado, y explicó que dicha calidad pasa por la investigación y el desarrollo de técnicas y productos innovadores.

La zona dedicada a la exposición de los últimos productos y técnicas en endodoncia ocupó un espacio significativo del recinto del Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (CCIB), en el cual se ubicaron más de 40 compañías del sector procedentes de todo el mundo •

El pasado 16 de septiembre se inauguró el 17 Congreso de la Sociedad Europea de Endodoncia que, del 16 al 19 de septiembre, y bajo el lema “Endodoncia: donde la biología y la tecnología se unen”, acogió en Barcelona a 3.000 profesionales de la odontología.

El consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña, Boi Ruiz, el presidente de la Sociedad Europea de Endodoncia (ESE), Claus Löst, el presidente de la Asociación Española de Endodoncia (AEDE), José María Mallaz, y el presidente del Congreso ESE Barcelona y miembro del comité directivo de ESE, Miguel Roig, fueron los encargados de la inauguración de este congreso internacional.

Durante los tres días de trabajo se han celebrado 200 sesiones, presentaciones de productos y técnicas por parte de reconocidos profesionales, e intervenciones de reconocidos profesionales expertos en la realización de intervenciones que permiten mantener el diente afectado por caries severas, fracturas, o lesiones en la raíz sin necesidad de extracción y sustitución por prótesis dentales.

Los expertos mundiales que se han congregado en Barcelona centraron su atención en las últimas técnicas y tecnologías aplicadas en

endodoncia, así como en el componente biológico que tienen tanto las patologías en las que se aplica la endodoncia como los propios tratamientos.

El Doctor Miguel Roig, miembro del comité directivo de la Sociedad Europea de Endodoncia y presidente del congreso ESE 2015 Barcelona, agradeció a ESE y AEDE la confianza depositada en Barcelona para la celebración de este evento internacional. De hecho, solamente considerando la asistencia ya se puede hablar de éxito, puesto que en el anterior congreso celebrado en Lisboa en 2013 participaron 1.500 personas, cifra que se ha doblado en Barcelona. Roig destacó



[EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE LA MEDICINA]

Cultura y Medicina se dan la mano

El próximo 5 de octubre se celebrará una Sesión Conmemorativa con motivo del IV centenario de la publicación del Quijote en la Real Academia Nacional de la Medicina.

Con el nombre de “La medicina y el Quijote”, y coordinada por el Profesor Vicente Calatayud, contará con la participación de los Profesores Gracia Guillén, Sanz Seruilla, Alonso-Fernández, Puerto Sarmiento y García Barreno.

Exposiciones temporales del Museo de Medicina Infanta Margarita

“La medicina en el Quijote”. Desde el 14 de septiembre y hasta el 13 de octubre, con motivo de la celebración del IV Centenario de la edición de la segunda parte de la inmortal obra de Cervantes, con el título de “El ingenioso caballero don Quijote de la Mancha”, la Real Academia Nacional de Medicina se suma a los actos, en la dimensión que le corresponde, con el estudio de la medicina de la época cervantina y el análisis del contenido médico de la obra. Una exposición recoge estos aspectos como también muy diversas e interesantes ediciones de la obra, provenientes de la amplísima colección del Dr. Ángel García Mascaraque.



“Ramón y Cajal en Madrid”. La II Semana Cajal, que se celebrará del 16 de octubre al 15 de enero de 2016, se detiene este año en la biografía madrileña de nuestro Premio Nobel, Don Santiago Ramón y Cajal. En 1892, cuando obtuvo la cátedra de Histología y Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, se

domicilió en Madrid y éste fue su destino definitivo, hasta que falleció en 1934. Esta exposición recorre los lugares en los que desarrolla su obra científica, pero también en los que transcurre su vida cotidiana, y se abrocha con la presencia del nombre de Cajal en el Madrid actual •



La SEOP celebró en Dénia su Reunión Anual



La Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) celebró en Dénia, los días 14, 15 y 16 de mayo, su trigésima séptima reunión anual. Un encuentro, que se celebró en las instalaciones del Hotel Marriott La Sella-Dénia, y contó con la asistencia de 384 participantes nacionales y extranjeros, entre los que se encontraban tanto profesionales como alumnos de postgrado y grado, y 24 ponentes.

Paralelamente tuvo lugar la exposición y defensa de las comunicaciones libres en forma de exposición oral y pósters, así como cuatro talleres, con una asistencia media de 50 participantes. Además, el curso de higienistas contó con un total de de 38 asistentes •

XXXVII REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ODONTOPEDIATRÍA



DÉNIA 2015
14 AL 16 DE MAYO





Gran éxito de asistencia



EXPO ENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

10-12
Marzo
2016

ORGANIZA



IFEMA
Feria de
Madrid



 **IBUJA**
UNA SONRISA

www.expodental.ifema.es

IFEMA Feria de Madrid
902 22 15 15 · Llamadas Internacionales: (34) 91 722 30 00
expodental@ifema.es

PROMUEVE

federación española
de empresas de
 **TECNOLOGÍA SANITARIA**

Normon y GUM entregan sus premios



“Odontólogos de hoy” en colaboración con Fira de Barcelona organizó el 1^{er} Certamen Fotográfico de Odontología Social ODH/FDM, con el objetivo de dar a conocer todas las actividades sociales en las que participan los profesionales sanitarios.

Entre todos los premiados, GUM entregó el 4^o premio a David González Alarcón y Normon otorgó el 7^o premio al Dr. Santiago Costa •



ANTONIA SÁNCHEZ Y ALFONSO EXPÓSITO COMO REPRESENTANTES DE NORMON ENTREGANDO EL PREMIO AL DR. SANTIAGO COSTA



DAVID GONZÁLEZ ALARCÓN (PREMIADO) JUNTO CON JULIO TORREJÓN (GUM)

[VARIOS COMBI PRO • DOS EN UNO]



Nuevo lanzamiento de NSK

La empresa NSK presenta Varios Combi Pro, el nuevo dispositivo que combina limpieza por ultrasonidos y pulido por aire para tratamientos profilácticos.

Este nuevo producto garantiza mayor eficacia y confort en higiene bucal y control de la placa dental.

El equipo se compone de:

- Prophy-System. Incluye pieza de mano con boquilla de 60° para profilaxis supragingival.
- Polvo FLASHpearl (5 sobres de 15g).

- Posibilidad de añadir Perio-System.
- Ultrasonidos • Incluye pieza de ultrasonidos Varios2 LUX con luz LED.
- Tres puntas: G4, G6, G8.
- Pedal de control multifunciones.
- Unidad de control •

NSK

CREATE IT.

NUEVO

ULTRASONIDO



×



PULIDO DE AIRE

+

NO MÁS
ESTORBOS



=



DOS EN UNO

dispositivo de limpieza por ultrasonidos + pulido de aire para tratamientos profilácticos

Varios Combi Pro

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

[MARÍA BLASCO]

“Nuestra misión es que los descubrimientos científicos lleguen cuanto antes a los pacientes”

El curriculum de la Doctora María A. Blasco, Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y Jefa del Grupo de Telómeros y Telomerasa del CNIO, nos descubre una impresionante trayectoria académica y profesional. Desarrolló su tesis doctoral en el Centro de Biología Molecular “Severo Ochoa” (CSIC-UAM; Madrid) bajo la supervisión de Margarita Salas, doctorándose en Bioquímica y Biología Molecular en 1993 por la Universidad Autónoma de Madrid. En 1997 alcanzó el puesto de Jefa de Grupo en el Centro Nacional de Biotecnología (CSIC; Madrid) para, posteriormente, trasladarse al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO, Madrid) en 2003 como Jefa del Grupo de Telómeros y Telomerasa y Directora del Programa de Oncología Molecular. María A. Blasco ejerció la Vicedirección de Investigación Básica desde 2005 hasta junio de 2011, fecha en la que fue nombrada Directora del CNIO. Poseedora de numerosos galardones, el pasado año fue nombrada Doctora Honoris Causa de la Universidad Carlos III de Madrid.

MARÍA JOSÉ GARCÍA







Odontólogos de Hoy: *Usted es la Directora del CNIO. ¿Nos puede explicar qué es el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas?*

MARÍA BLASCO: El CNIO es un centro integral del cáncer, esto quiere decir que además de realizar descubrimientos científicos básicos también nos preocupamos de trasladar estos conocimientos a mejorar cómo se trata, se diagnostica y se previene el cáncer. Por lo tanto, una de nuestras principales misiones es que nuestros descubrimientos científicos lleguen cuanto antes a los pacientes. Esto lo conseguimos a través de una apuesta fuerte por la transferencia de tecnología y por innovación. Una de las cosas más únicas del CNIO es que tenemos un programa de desarrollo de fármacos propio, que trabaja en colaboración con empresas farmacéuticas para acelerar los descubrimientos básicos de nuestros investigadores a los pacientes de cáncer.

Además, el CNIO tiene un programa de investigación clínica, donde nuestros oncólogos ayudan a introducir y desarrollar nuevos fármacos también de la mano de la industria farmacéutica. Para ello, hemos ampliado nuestros acuerdos con varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

Uno de nuestros últimos proyectos es la plataforma "Amigos del CNIO",

con la que queremos que la sociedad conozca nuestra labor y valore lo importante que es invertir hoy en investigación para seguir avanzando hacia la medicina de mañana (enlace <http://bit.ly/HazteAmigoCNIO>).

ODH: *Su trabajo de investigación que más ha llamado la atención últimamente en los medios tiene como consecuencia el posible "bloqueo" de desarrollo de las células del cáncer. ¿En qué consiste?*

M.B.: Con esta investigación hemos conseguido derrotar una característica propia de las células del cáncer: su capacidad de dividirse indefinidamente y no morir. La clave de esta inmortalidad la tienen unas estructuras llamadas telómeros, que actúan como capuchones protectores en los extremos de los cromosomas del ADN. En células sanas, estos capuchones se desgastan con cada división celular, hasta que la célula se vuelve inviable y muere. En cambio los telómeros de las células del cáncer no se desgastan, por lo que el tumor experimenta un crecimiento continuado y no muere nunca.

En esta investigación hemos destruido el capuchón atacando TRF1, una de las proteínas que forman el escudo. Bloqueando TRF1 elimina-

mos el escudo y causamos la muerte inmediata de las células cancerosas sin causar efectos tóxicos graves en las células sanas. Hemos conseguido, además, encontrar compuestos químicos, potenciales fármacos, que son capaces de destruir el escudo cuando se administran a ratones.

ODH: *Las pruebas de este estudio se han realizado empleando ratones, ¿cuándo se podrán realizar pruebas con humanos?*

M.B.: Sí, hemos probado los fármacos anti-TRF1 en modelo de ratón de cáncer de pulmón muy agresivo, que de hecho nadie había logrado frenar hasta nuestro trabajo. Pero aunque todo indica que hemos iniciado el camino correcto, se trata del primer paso de un proceso muy largo. Todavía tenemos que realizar más ensayos preclínicos que confirmen nuestras observaciones y la baja toxicidad del compuesto. Hasta dentro de algunos años no podrán realizarse ensayos en humanos.

“

Todo indica que hemos iniciado el camino correcto, aunque se trata del primer paso de un proceso muy largo.

”

ODH: *El siguiente paso será fabricar medicamentos que permitan inhibir el desarrollo de tumores. ¿En qué momento se encuentra su proceso de fabricación? ¿Cuentan con el apoyo económico necesario para ello?*

M.B.: Gracias a que el CNIO cuenta con un programa de Terapias Experimentales, algo que nos diferencia de otros centros de investigación oncológica, hemos hallado ya dos familias de compuestos químicos que son efectivas contra TRF1, lo que nos ha permitido completar nosotros mismos las

primeras fases del desarrollo de fármacos. Para pasar a las fases avanzadas deberemos buscar aliados en el sector farmacéutico.

ODH: *Determinados tipos de cáncer tienen altos porcentajes de mortalidad dada su tardía sintomatología. ¿Podemos afirmar que sus investigaciones sobre las células cancerígenas podrían acelerar la detección?*

M.B.: En este caso, nuestro trabajo con telómeros y en colaboración con el Programa de Genética Humana del CNIO ha permitido ver que los telómeros cortos pueden ser un factor de riesgo para desarrollar cáncer.

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

M.B.: A partir de los años 90, empezaron a surgir en nuestro país centros de investigación con una gestión flexible, como el propio CNIO, que gracias a la inversión en investigación que se hizo en aquellos años se situaron entre la elite mundial, haciendo ciencia competitiva de alto nivel comparable a la de países como Estados Unidos, Gran Bretaña o Alemania. En particular, el sector biomédico español ha gozado de una investigación de gran calidad.

La coyuntura económica que atravesamos desde 2008 ha puesto en peligro esta competitividad científica. Por un lado, la financiación a través de los planes públicos estatales ha disminuido sensiblemente. Por otro, las políticas de austeridad han limitado la flexibilidad de la gestión. Corremos el riesgo de perder atractivo tanto para el talento internacional, que podría no sentirse lo suficientemente estimulado para elegir España como país en el que desarrollar su carrera científica, como para los excelentes investigadores que hacen ciencia aquí, que se sienten atraídos por centros extranjeros que les ofrecen unas condiciones de investigación más sólidas. Aunque la movilidad es un paso deseable y enriquecedor en la carrera de cualquier investigador,

no podemos perder la capacidad de ser atractivos para impulsarles a regresar o para, como decía, atraer al talento internacional.

ODH: *Y en relación a otros países, ¿cuál es el nivel de la investigación científica en España?*

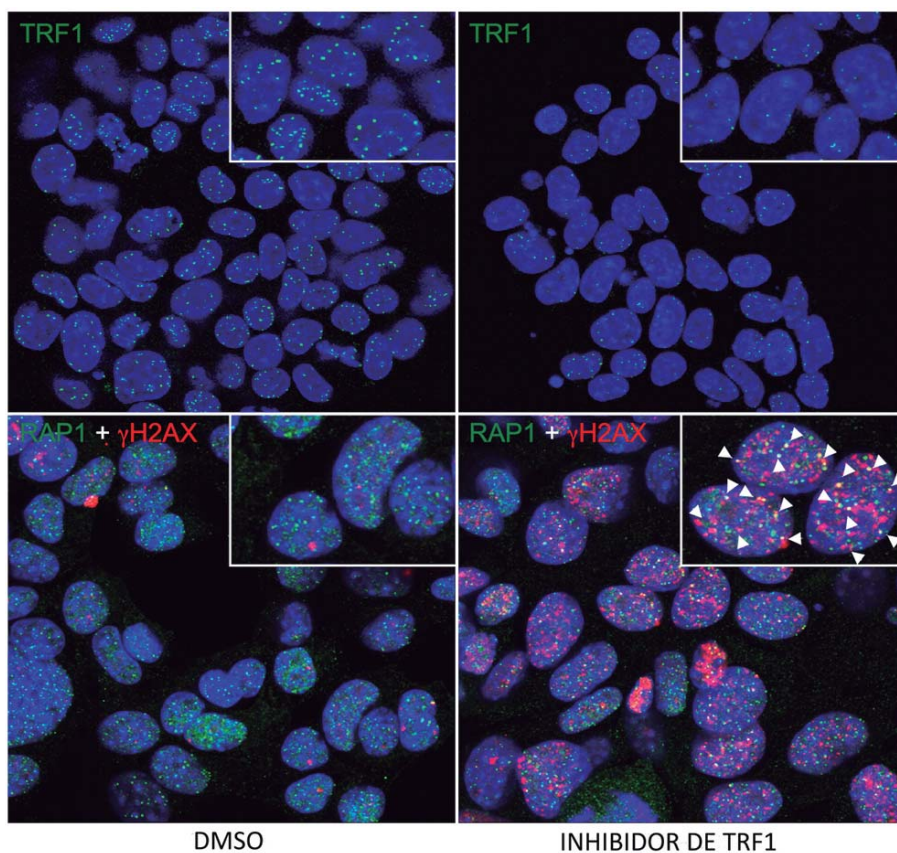
M.B.: A finales de 2014, el informe 'Nature Global Index' situaba a nuestro país en el 8º puesto a nivel mundial por número de publicaciones en las 68 revistas científicas más influyentes del mundo. Hemos asistido a un crecimiento exponencial de parques científicos y tecnológicos, centros de investigación e institutos tecnológicos, y nuestra infraestructura incorpora algunas de las tecnologías más avanzadas del sector de las ciencias de la vida. Y el sector salud ofrece muchos atractivos para los emprendedores científicos. Pero mientras nosotros nos hemos visto influidos por la coyuntura económica

de estos últimos años, otros países, como por ejemplo Alemania, han seguido invirtiendo en su sistema de investigación.

Por eso es crucial no perder el terreno que habíamos ganado en un tiempo relativamente corto. Debemos apostar de manera decidida por la financiación y la flexibilidad de nuestro tejido innovador y científico, como lo están haciendo otros países europeos, asiáticos y americanos, para convertirlo en uno de nuestros motores económicos.

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

M.B.: Sobre todo les animo a que se informen de todas las opciones que existen, para que tomen la decisión que más se ajuste a sus sueños. En mi época de estudiante la agenda educativa no contemplaba el fomento de las vocaciones científicas, y solo gra-



LAS CÉLULAS DE CÁNCER DE PULMÓN TRATADAS CON EL INHIBIDOR DE TRF1 DEL CNIO ETP-47037 (DERECHA) MUESTRAN MENOS TRF1 UNIDO A SUS TELÓMEROS (VERDE, ARRIBA) Y UN MAYOR DAÑO DEL ADN TELOMÉRICO (ROSA, ABAJO) —Y POR TANTO UNA MAYOR DESPROTECCIÓN DE LOS TELÓMEROS— QUE LAS CÉLULAS CANCEROSAS SIN TRATAR (IZQUIERDA). /CNIO.

cias al curso de orientación universitaria descubrí que en España se podía investigar. En la elección de la carrera no debemos precipitarnos ni tomar decisiones mal informadas, por eso es importante estar bien asesorados.

A todos aquellos que sientan inclinación por la carrera investigadora, solo puedo decirles que si siguen ese camino estarán tomando una gran de-

“
En la época de la carrera no debemos precipitarnos ni tomar decisiones mal informadas, por eso es importante estar bien asesorados.
 ”

misión. Para mí, dedicarse a la ciencia es el mejor trabajo posible: intenta dar respuesta a las grandes incógnitas que preocupan al ser humano, es internacional, colaborativa y solidaria, y nos obliga a estar en aprendizaje permanente.

ODH: *Recientemente usted, como Directora del CNIO, ha participado en Galicia en las Jornadas de "Innovación y Sostenibilidad, construyendo la Sanidad del Siglo XXI", ¿nos puede dar su visión personal de lo que debería ser el camino a recorrer en los próximos años?*

M.B.: Creo que uno de los mayores retos de la sanidad española será que en el año 2050 un tercio de la población española tendrá más de 65 años, una edad a la que es frecuente que ocurran enfermedades como el cáncer, neurodegenerativas, etc. Esto indica que es esencial que avancemos en el conocimiento de por qué se produ-

cen estas enfermedades asociadas al envejecimiento. Hoy sabemos que el 'germen' de estas enfermedades está en el proceso de envejecimiento molecular y celular. Desentrañar estos procesos moleculares nos permitirá poder prevenirlas, y quizás tratarlas más eficientemente. Pero además nos permitirá el diagnóstico temprano en aquellos individuos que tengan alto riesgo.

ODH: *Esta revista está dirigida a los profesionales de la odontología y la estomatología, algunos de ellos muy involucrados en la detección y tratamiento del cáncer oral. Desde su punto de vista de científica e investigadora, ¿les puede hacer alguna recomendación?*

M.B.: Entiendo que determinados hábitos de vida como el fumar aumentan considerablemente el riesgo de padecer cáncer oral. Estaría bien que los odontólogos nos lo recordaran •

EXPERTO PARA HIGIENISTAS DENTALES
Universidad de Sevilla
Noviembre 2015-Enero 2017



21 créditos ECTS. 4,5 presenciales y 16,5 créditos online.

• **Sevilla.**

2015: 21 de noviembre
2016: 16 enero, 19 marzo, 7 mayo
2017: 21 enero (clausura)

• **Madrid.**

2015: 28 noviembre.
2016: 30 enero, 5 marzo, 28 mayo
2017: 14 enero (clausura)

• **Málaga (Intensivo)**

2015: 12 diciembre.
2016: 23 enero, 2 abril, 21 mayo y 11 junio (clausura)

Matrícula: 295€ (Más 20€ de tasas de secretaría).
 Abierto plazo de matriculación el 1 de septiembre.



Información: Tlf. 626 89 46 96.
 Email: aparraga@us.es
 Preinscripción en el enlace:
<http://www.cfp.us.es/cursos/feu/higienistas-dentales/2647/>



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



[CONRADO APARICIO]

“La Odontología es una profesión cada vez más multidisciplinar, que requiere formación en diversas áreas”



El Dr. Conrado Aparicio, Profesor Titular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Minnesota desde el 2008, colabora con la empresa Mozo-Grau desde hace varios años desde su puesto como Director Adjunto del MDRCBB-Minnesota Dental Research Center for Biomaterials and Biomechanics.

El Profesor Aparicio es ingeniero de materiales y doctorado en bioingeniería por la UPC-Universitat Politècnica de Catalunya. Ha publicado más de 70 artículos en revistas científicas de prestigio y varios capítulos en libros.

Conrado Aparicio ha sido galardonado con diversos premios, entre los cuales cabe destacar el ‘3M Non-Tenured Faculty Award’ en el 2009, el ‘Rapid Fire Presentation Award’, del 9º Congreso Mundial en Biomaterials en el 2012, y el ‘2002 Best Paper in Materials Science: Materials in Medicine’. **MARÍA JOSÉ GARCÍA**

“Odontólogos de Hoy”: *Ha asistido como ponente en la Reunión Científica Anual de Mozo Grau, conocida como “Reunión de Quintanilla”. ¿Qué impresión se ha llevado de este encuentro?*

Conrado Aparicio: La “Reunión de Quintanilla” es una magnífica iniciativa para promover la discusión científica en implantología dental. Mozo Grau reúne a un grupo multidisciplinar de 15-20 profesionales para discutir temas de actualidad y relevancia en el área, tales como la carga inmediata, el sector anterior estético o la relación entre la superficie del implante y la periimplantitis. El objetivo del grupo es presentar y analizar el estado de la ciencia y los tratamientos clínicos de cada uno de estos temas con el objetivo final de elaborar un documento de consenso. El consenso es el punto en el que pivota toda la reunión científica

y lo que da un incalculable valor al mismo ya que se alcanza con la participación de prostodontistas, periodontólogos, cirujanos maxilofaciales, prótesis, etc. Este año yo he tenido la oportunidad y el honor de aportar mi granito de arena a las discusiones científicas como ingeniero de biomateriales. Obviamente, todo ello es posible por la gran profesionalidad del grupo; pero también porque se establece un ambiente distendido que permite que las discusiones se basen no sólo en la literatura científica sino también en la exposición abierta de experiencias profesionales que atesoran los participantes. Esto último enriquece el debate y es un mérito indiscutible de Mozo Grau como organizador del evento. Todos los que tenemos el privilegio de participar en la “Reunión de Quintanilla” aprendemos mucho de los demás y esto de por sí resume el gran valor que tiene el evento. Estoy seguro que los

profesionales que trabajan en Mozo Grau también toman buena nota del consenso alcanzado para mejorar sus productos y estimular su innovación. Como investigador y académico no me podría haber llevado una mejor impresión de una iniciativa de estas características.

ODH: *¿Qué opina de la labor de Mozo Grau en el área de la investigación?*

C.A.: La respuesta a la anterior pregunta es una buena introducción a mi respuesta para ésta, ¿verdad? Mozo Grau colabora con clínicos y otros profesionales de las ciencias de la salud para diseñar y elaborar experimentos clínicos y con animales, que se publican en revistas internacionales de impacto. Pero creo que explicando brevemente la colaboración que nosotros tenemos con nuestros miembros empresariales (Mozo

IX CONGRESO de Actualización en Implantología

Madrid, 5-6 de febrero de 2016

Implantología en estado puro.

- Periimplantitis
- Sector anterior estético
- Marketing dental

CURSOS TEÓRICOS

- Protésicos
- Higienistas y Auxiliares

- Maxilar inferior atrófico
- Alveolos post-extracción
- Manejo de tejidos blandos

CURSOS TEÓRICO-PRÁCTICOS


- Básico de implantología
- Elevación de seno
- Injertos óseos

- Carga inmediata
- Etc.

SALA DE CIENCIA

- Estudios en activo
en colaboración
con Mozo-Grau

LUGAR

Auditorio Norte de IFEMA
Recinto Ferial Juan Carlos I, s/n
28042 Madrid (España)
 Campo de las Naciones (L8)

en

**Feria de
Madrid**

Ya puede inscribirse en www.mozo-grau.com

INFORMACIÓN

C/Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España)
T: 902 423 523 F: 983 304 021 (Srtas: Melanie y Nuria) · info@mozo-grau.com

MOZOGRAU[®]
I M P L A N T E S D E N T A L E S

Grau es uno de ellos junto con 3M, Ormco, etc.) puedo ilustrar la labor de investigación que Mozo Grau realiza y el valor que le dan a la misma. En el MDRCBB, nuestro centro de investigación en biomateriales dentales de la Universidad de Minnesota, establecemos relaciones de colaboración por membresía con un grupo reducido de empresas. La empresa que es miembro del MDRCBB tiene interés en complementar mas que suplementar la investigación y desarrollo de sus productos y/o tecnologías, es decir, está abierta a emplear toda una variedad de recursos (investigación, ensayos, consultoría) y equipos (simuladores de masticación, scanner 3D, microscopios electrónicos, etc) con flexibilidad, adaptados a las necesidades del momento y para múltiples proyectos a la vez. Mozo Grau tiene esta filosofía de trabajo lo que permite una colaboración que nosotros calificamos de 'win-win'. En otras palabras, en Mozo Grau no sólo están interesados en colaborar para comprobar que sus productos son de alta calidad y se comparan bien con la competencia, sino también para desarrollar nuevas generaciones de los mismos que los diferencien. Esto último es un reto profesional para nosotros que nos empuja hacia límites del conocimiento en el área. De hecho, nosotros somos una parte del enfoque interdisciplinar con el que Mozo Grau aborda estas investigaciones, puesto que nos sentamos frecuentemente a la mesa con clínicos de distintas disciplinas. Es también

digno de mención que no todos los tests y nuevas ideas que ensayamos en colaboración con Mozo Grau arrojan los resultados esperados y Mozo Grau aprovecha esto para aprender

“

La odontología, como el resto de las disciplinas biomédicas, es cada vez una profesión más multidisciplinar que requiere formación en disciplinas diversas. ”

algo que favorezca la mejora de sus implantes. Esta parte, personalmente, me encanta porque preserva intacta la integridad de nuestra labor como académicos y demuestra mejor que ningún otro punto la actitud apropiada que Mozo Grau tiene para generar nuevas ideas y productos.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de la bioingeniería de materiales aplicados en la odontología en España?*

C.A.: Hace ya varias décadas que en el país se formaron grupos de investigación pioneros en esta área que han sido y son referencia mundial en diversos sectores de la bioingeniería dental. Con toda la humildad creo

que yo tuve el privilegio de formarme como doctor en biomateriales en uno de ellos, empezando a finales de los años 90 y acabando a principios de este siglo. No mucho antes, mis profesores y unos pocos contemporáneos de ellos comenzaron la andadura que ha llevado a que el nivel de calidad internacional de la bioingeniería dental en España esté notablemente más extendido. En mi área específica esto incluye cada vez más grupos de investigación en biomateriales dentales repartidos por toda la geografía nacional que tienen una presencia destacada en los foros científicos. Esto es lo que ha generado que algunos de nosotros hayamos aprovechado la oportunidad de continuar nuestras carreras profesionales fuera de España, en países con fuerte tradición de investigación en esta área. Además, me consta que también un buen número de empresas del sector han ido paulatinamente incorporando más capital humano con formación en este campo.

ODH: *En 1978 el Profesor Branemärk presentó su sistema de implantes en Harvard. ¿Cuánto han cambiado la morfología y las superficies de los implantes desde entonces?*

C.A.: El Profesor Branemärk fue un genio. Con esto no descubro nada, pero su genialidad fue tan grande que yo soy de la opinión que el implante Branemärk podría seguir empleándose con éxito en la actualidad. No obstante, es obvio que la ingeniería de los implantes ha avanzado para bien. La diversidad de morfologías en los catálogos de implantes dentales constituye una 'paleta' de posibilidades para el dentista que es una de las causas principales de la universalidad de la disciplina. Sin embargo, la modificación de las superficies no ha producido una diversidad de opciones tan rica. La superficie micro rugosa ha sido el principal y el único avance en el diseño de la superficie que presentan todos los implantes actuales en comparación con aquellos que utilizaba Branemärk a finales de los 70. No es mucho, aunque haya tenido un papel relevante en el avance del éxito clínico de los implantes. Ha habido intentos de recubrir las superficies con metales y cerámicas bioactivas, pero han sido



fallidos por la carencia de durabilidad de los recubrimientos. La nanorugosidad, la incorporación de iones o nano-partículas en la superficie, y las superficies con alta humectabilidad son alteraciones del implante que aún carecen de evidencia científica que confirme sus beneficios clínicos. Yo echo de menos un implante con una superficie que sea más 'amiga' de los tejidos periimplantarios y/o que ayude a la prevención de la periimplantitis.

ODH: Actualmente están trabajando en la modificación de la superficie de los implantes para hacerla bioactiva. ¿Nos puede explicar qué han logrado y qué esperan conseguir?

C.A.: La periimplantitis se ha convertido en una complicación de relevancia en la consulta del implantólogo y, hasta la fecha, los implantes no se han modificado en ningún aspecto para ayudar al clínico y al paciente a combatir la enfermedad. Como decía anteriormente, nosotros tenemos la motivación de contribuir con

superficies que sean 'amigas' de las células y tejidos del huésped y 'enemigas' de las bacterias. En concreto, nos hemos enfocado en ganar la 'carrera por la superficie'. Este concepto que introdujo Anthony Cristina en la revista Science se basa en que la superficie de un dispositivo biomédico, tal y como son los implantes, depende de si las células llegan y colonizan primero la superficie del implante o lo hacen las bacterias. Nuestra plataforma tecnológica se basa en aportar a la superficie biomoléculas, tales como péptidos, proteínas o polímeros biotecnológicos, que tienen propiedades biológicas conocidas. Esta biofuncionalización del titanio la podemos llevar a cabo incorporando múltiples biomoléculas al mismo tiempo. Así, por ejemplo, ya hemos obtenido superficies que incorporan péptidos antimicrobianos, péptidos que promueven el sellado biológico de los tejidos endoteliales, y una combinación de ambos. Tenemos muy buenos resultados en propiedades tecnológicas del recubrimiento, de respuesta celular y bacteriana, y

hemos empezado a obtener buenos resultados en animales. Por ejemplo, la incorporación de los péptidos antimicrobianos en la superficie del implante no impide la osteointegración del mismo. Estamos muy ilusionados con el desarrollo de estos recubrimientos bioactivos.

ODH: En España está en permanente debate la creación de especialidades en Odontología. Usted es Ingeniero en Materiales, especializado en biomateriales, y profesor de materiales en los estudios de odontología. ¿Cree que nos quedamos cortos al pedir las especialidades y que deberíamos pedir el concurso de otros profesionales en nuestros estudios universitarios?

C.A.: La odontología, como el resto de las disciplinas biomédicas, es cada vez una profesión más multidisciplinar y que requiere formación en disciplinas diversas. En biomateriales dentales, por ejemplo, las nuevas tecnologías están aportando con gran frecuencia nuevos mate-



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com



ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA

riales y dispositivos que el clínico en algunas ocasiones encuentra dificultad para valorar con respecto a su beneficio real en el tratamiento del paciente. En la Universidad de Minnesota nuestro objetivo docente es introducir al futuro dentista en esta ciencia básica para que esté más preparado para analizar las posibilidades de uso de los biomateriales tradicionales, y al mismo tiempo, adaptarse más rápido a los cambios tecnológicos. Actualmente, los estudiantes reciben formación en el curso de biomateriales de manera que les aportamos los conceptos de ciencia básica de un biomaterial, al mismo tiempo que empiezan a emplearlo en las clases preclínicas. Creemos que esto les ayuda a tener una formación integral, que les facilita recursos analíticos que serán útiles a lo largo de toda su carrera. Es un modelo docente en el cual yo creo, pero yo no me atrevería a decir que es un requisito indispensable que un científico con especialidad en materiales tenga que formar parte del profesorado en todas las escuelas de odontología. Eso sí, creo que hay otros beneficios intangibles para la Escuela puesto que bajo el mismo techo pone en continuo contacto a los odontólogos con los profesionales en ciencias básicas e ingeniería, lo cual es un caldo de cultivo que enriquece la cesta de las ideas para desarrollar nuevos materiales y dispositivos que puedan ser útiles para la profesión.

ODH: Según su opinión, ¿qué diferencia hay entre investigar en Estados Unidos y en nuestro país?

C.A.: La verdad, las hay, aunque no son muy notables. Cuando hace siete años yo me fui a los USA, que ha sido y todavía es una potencia científica, he de reconocer que lo hice con ciertos complejos. Pero al poco tiempo de empezar en Minnesota comprobé que el entorno en el que yo desarrollé mi actividad académica en España tiene recursos materiales (equipos, laboratorios, etc.) y humanos (elevada formación y motivación) similares a los que me encontré aquí. Una diferencia reconocida por casi todos es que en los USA el sistema es más meritocrático, lo cual estimula la competencia entre investigadores y la movilidad de los mismos. Esto



acumula una gran cantidad de talento en el país que, como digo, hace que la competencia por los recursos sea aún más feroz que en España. Para mí estos son factores que estimulan positivamente la producción investigadora. Me consta, por eso, que desde mi partida este aspecto ha cambiado también en España. Otra diferencia a destacar es que los grupos de investigación en España están formados por un grupo de investigadores más numeroso, mientras que en los USA no es extraño que un investigador con éxito trabaje exclusivamente con un par de estudiantes de doctorado y un técnico de laboratorio. Ello tiene, cómo no, ventajas e inconvenientes, pero sí es verdad que estimula la diversidad de ideas y facilita la más rápida

“ Una diferencia reconocida por casi todos es que en los USA el sistema es más meritocrático, lo cual estimula la competencia entre investigadores y la movilidad de los mismos. ”

incorporación de talento joven en el entorno académico. Por otra parte, en España, y por extensión en Europa, la colaboración entre grupos de investigación es mucho más común y esto facilita abordar problemas multidisciplinares.

ODH: Además de para la empresa Mozo Grau, investigan ustedes para otras compañías y de otros campos profesionales, concretamente están realizando un trabajo sobre “fuerzas en la masticación y su relación con la percepción sensorial de los alimentos”. ¿Qué nos puede contar de este estudio?

C.A.: ¿Qué quiere que le diga? Es fascinante. El año que viene el MDRCBB cumple 25 años y sus fundadores fueron pioneros de los simuladores de masticación. Estos simuladores se han empleado de forma ininterrumpida en el desarrollo de nuevos materiales de restauración dental. Los compuestos de 3M ESPE (miembro fundador del centro) han sido, sin duda, los mayores beneficiarios de esta tecnología. Nuestro último desarrollo es un simulador de masticación inteligente. El equipo, llamado ART5, no sólo aplica el recorrido y fuerzas fisiológicas durante la masticación sino que también responde al primer ciclo de masticación reconociendo la consistencia de la pieza sobre la que mastica. Si es algún tipo de comida, el equipo adapta la fuerza aplicada en los ciclos de masticación sucesivos a la textura del alimento, tal y como nuestro cerebro inconscientemente reacciona para proteger las estructuras orales. El último miembro industrial incorporado al MDRCBB es una multinacional del sector de la alimentación interesada en emplear los servicios de ART5 para ensayar los aspectos sensoriales de sus productos alimentarios. No puedo explicar los detalles del proyecto por no romper la confidencialidad, pero estamos muy ilu-

sionados porque implica también el reto de incorporar en el equipo una lengua artificial. Si me permite, me gustaría resaltar a propósito de su pregunta que, aunque el grupo de empresas que son miembro es reducido, esto ilustra nuestra voluntad de diversificación en el trabajo con la industria, lo cual es la clave para que en estos momentos estemos manejando un presupuesto de más de medio millón de dólares solamente en proyectos de colaboración con las empresas. Claro está que no sólo utilizamos los simuladores en nuestro trabajo, puesto que en los laboratorios tenemos muchos otros equipos y tecnologías al servicio de los proyectos de investigación y la colaboración con las empresas.

ODH: *Ha recibido numerosos premios y menciones a lo largo de su carrera profesional. ¿Cuál de ellos ha sido el más especial para usted?*

C.A.: Oh no, no puedo responder a esta pregunta. Todos son especiales. Hacen mucha ilusión y son el resultado de mucho trabajo, una cierta dosis de suerte, y un gran equipo. De hecho, este último aspecto es el más especial de cualquier premio. La investigación es un trabajo de equipo. He tenido la suerte de formar parte de equipos de investigación y docentes como estudiante, como profesor, con otros investigadores, con

“ *Cuando los ingenieros de biomateriales dentales escuchamos lo que necesitan los odontólogos es cuando podemos ser más útiles. Al fin y al cabo, para eso estamos.* ”

empresas; y en todos ellos ha habido armonía, camaradería y objetivos comunes bien entendidos. ¡Lo mejor de todo es que siempre encuentras con quien ir a cenar para celebrarlo!

ODH: *Es usted el primer ingeniero en materiales al que entrevistamos. ¿Nos puede dar una recomendación para quienes trabajan en la clínica?*

C.A.: No me atrevo a dar recomendaciones a los profesionales clínicos. Honestamente, tengo mucho respeto. A mis estudiantes les digo que no opino sobre aspectos clínicos. Lo que sí me atrevo es a hacer una petición. Por favor, que sean tan creativos como puedan; que piensen en

cómo sería su material, herramienta, o equipo ideal para hacer su día a día en la clínica lo más placentero posible. Si su material ideal no existe y la tecnología para hacerlo realidad está fuera de su alcance que nos contacten y nos los expliquen, no importa la magnitud del desafío que a priori presente. Nos pueden ayudar mucho a ayudarles. Cuando los ingenieros de biomateriales dentales escuchamos lo que necesitan los odontólogos es cuando podemos ser más útiles. Al fin y al cabo, para eso estamos •



NO LO PIENSE MÁS

Contrate nuestros Servicios Clínicos y seremos su único proveedor. Le prestaremos nuestros servicios con una cómoda cuota mensual.

- Protección radiológica
- Dosimetría personal
- Prevención de riesgos laborales
- Protección de datos caracter personal
- Gestión de residuos sanitarios
- Tramitación de licencias sanitarias
- Formación

Empresas líderes en el sector se han unido pensando en sus necesidades.



Le haremos un presupuesto personalizado. Solicite información de nuestro programa de Servicios Clínicos en el info@infocitec.com o 902 11 96 51 www.srclconsenur.es



[ANTONIO TAMAYO]

“El mayor problema de la profesión es la plétora y la ausencia de números clausus”



Antonio Tamayo, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza y especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid, es el Presidente del COER (Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja) desde 2011 y compagina este cargo con la Presidencia del Plan de Formación Continuada del Consejo General, actividad que desempeña desde el año 2014. Firmes defensor de la vida colegial y de una relación cercana y fluida entre colegiados e institución, apuesta por la formación como elemento vital para la actualización continua de todos los profesionales en el ejercicio de la profesión.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”: *¿Cuál es la situación actual del Colegio de La Rioja y la relación con sus colegiados?*

Antonio Tamayo: Desde el año 2000 tenemos un magnífico edificio que es compartido con el Colegio de Médicos. El Colegio de La Rioja cuenta en la actualidad con 226 activos, con un ratio de 1/1200 habitantes. Considero que la cifra de nuestros colegiados y su nivel de preparación es el adecuado para dar una correcta asis-

tencia a la población de nuestra Comunidad. En cuanto a las relaciones de los miembros de la Junta con sus colegiados puedo afirmar que es fluida y plenamente satisfactoria. Nuestra actitud como Junta es abierta y siempre estamos dispuestos a resolver todos los problemas que los colegiados nos plantean.

ODH: *¿A nivel personal y profesional, cómo valora su actividad como Presidente?*

A.T.: Personalmente llevo en el Colegio más de 20 años participando en su actividad, desempeñando diversos cargos. Desde el principio de mi carrera profesional quise participar en la vida colegial ya que creo que es una forma de estar más cercano a la realidad de nuestra profesión. Todos los años, cuando damos la bienvenida a los nuevos colegiados, les animo a que se impliquen en el Colegio. En nuestra Junta las puertas siempre están abiertas a todos los colegiados que deseen participar.

ODH: *¿Desde su punto de vista, cuáles son los temas más importantes de la profesión?*

A.T.: Actualmente el mayor problema de nuestra profesión es la plétora profesional. El gran número de Universidades privadas y la no existencia de números clausus está provocando que cada año se incorporen al mercado laboral una gran cantidad de profesionales que se encuentran con grandes dificultades para establecerse por su cuenta y trabajar. Y cuando lo hacen muchas veces tienes que desarrollar su profesión en franquicias, en situaciones laborales y económicas que distan mucho de lo ideal.

ODH: *¿Qué tipo de proyectos desarrolla el Colegio de La Rioja y cuáles son sus planes para los próximos meses?*

A.T.: Tenemos un colegio pequeño y nuestro mayor reto es tratar de dar la mejor oferta de cursos posibles a nuestros Colegiados. Aparte de los cursos del Consejo procuramos ofrecer otros

“

La oferta de cursos en el momento actual es más que suficiente, pecando incluso de excesiva.

”

Diabetes, Salud Oral y Nutrición :

Interrelaciones, innovaciones e interacción

Viernes, 6 de Noviembre de 2015

Hotel Barceló Sants
Barcelona, España 9:00-17:30h

Ponentes de EEUU y España de gran prestigio internacional:

Carlos Mendieta

Profesor de periodoncia y jefe de la Unidad de Periodoncia; Director del Master Periodoncia e Implantología oral; Director del Master Clínica en Implantología y Prótesis oral en la Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Barcelona.

David Vicent López

Miguel Servet Investigador. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz - IdiPAZ. Madrid

William C. Hsu

Director senior, Soluciones Internacionales de Salud Joslin, Profesor de Medicina adjunto en Joslin Diabetes Center, Facultad de Medicina de Harvard.

Robert J. Genco

Distinguido Profesor de Biología y Microbiología oral, Vicerrector, Universidad de Búfalo (EEUU), Departamento de Ciencias; Transferencia Tecnológica y Superación Económica (STOR).

C. Ronald Kahn

Profesor Mary K. Lacocca, Facultad de Medicina de Harvard y Joslin Diabetes Center.

George L. King

Profesor de Medicina, Facultad de Medicina de Harvard, Vice Presidente Senior y Director del Departamento Científico, Director de Investigación, Joslin Diabetes Center.

Mariano Sanz

Profesor y Catedrático de Periodoncia en la Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid.

Eduard Montanya

Profesor de Endocrinología, Universidad Hospital Bellvitge-IDIBELL, Universidad de Barcelona, CIBER de Diabetes y Asociación de Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM), Barcelona.

Simposio certificado por CME y CDE

Cómo inscribirse?

Registros limitados, inscríbete online en www.jsdei-seminars.com

SUNSTAR

fdi
FDI World Dental Federation

SEPA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y ODONTORRADIACIÓN

Partners :

ciberden

patrocinados por casas comerciales y sociedades científicas (como es el caso de SEPES, SEPA, etc.), tratando de dar satisfacción a la inquietud de nuestros colegiados. Además, aunque con las limitaciones presupuestarias que tenemos queremos realizar en los próximos meses una campaña publicitaria en nuestros medios de prensa, radio y TV local. Por otro lado, estamos estudiando con el Ayuntamiento la posibilidad de crear una clínica solidaria con su colaboración. Y participamos también en la formación de Higienistas Dentales en un módulo que se desarrolla en el Instituto Valle del Cidacos (Calahorra). Creo que estamos bastante activos en todo tipo de actividades formativas.

ODH: *¿Cómo es la relación del Colegio con las Instituciones Sanitarias de La Rioja?*

A. T.: La Rioja, al ser Comunidad Uniprovincial y pequeña, nos permite una mayor cercanía con las Instituciones, y nuestra relación con la Consejería de Salud es fluida y cordial. Cualquier reivindicación planteada ha tenido siempre una respuesta inmediata.



ODH: *¿Está la Odontología Española al nivel que debería, o aún se pueden plantear nuevas líneas de actuación para mejorarla?*

A. T.: La Odontología Española se encuentra a la altura de cualquier país de nuestro entorno, contamos con magníficos profesionales de reconocido prestigio internacional. Considero que la Sanidad Pública debería incrementar la cartera de servicios que presta a la población, con ello conseguiríamos ofrecer una mejor oferta sanitaria a nuestros ciudadanos. Al

incrementarse el número de tratamientos sería necesaria la contratación de nuevos profesionales, con la consiguiente oferta de empleo a los colegiados.

ODH: *¿Cuál es su posición en el interminable debate de la especialidades?*

A. T.: Estoy a favor de la creación de especialidades dentro de la Odontología, España es uno de los pocos países europeos que carecen de ellas. Esto permitiría a los dentistas españoles equiparar sus títulos con los del resto de la Comunidad Europea, y mejorar la preparación de los profesionales y el servicio ofrecido a sus pacientes.

ODH: *¿La publicidad y el intrusismo son problemas crónicos en la mayoría de los Colegios? ¿Cómo se viven en La Rioja?*

A. T.: En nuestra Comunidad en los últimos tiempos han desembarcado todas las franquicias existentes en nuestro país. Como todos sabemos las campañas publicitarias que llevan a cabo éstas son muy agresivas y muchas veces ofrecen servicios en unas condiciones económicas que no se ajustan a la realidad, por eso este Colegio, en la campaña que quiere hacer en los próximos meses, pretende informar a la población sobre cuál es la realidad de estas ofertas. No obstante, el tema del intrusismo es muy puntual y no representa un grave problema en el momento actual.



“ *Estoy a favor de la creación de especialidades dentro de la Odontología. Esto equipararía los títulos con los del resto de la Comunidad Europea.* ”

ODH: *¿Qué recomendaciones les daría a los nuevos colegiados, para iniciar su carrera profesional?*

A. T.: Que a pesar de la dificultad de abrirse camino en los momentos actuales, sean positivos, todos sabemos el alto coste de su formación y lo decepcionante que puede llegar a ser la calidad de ciertas ofertas laborales que les ofrecerán al comenzar su andadura profesional. Que sepan que el Colegio está para informarles y darles asesoramiento en cualquier aspecto de su trabajo, que sigan formándose cada día de su vida profesional, y que se impliquen en la vida colegial.

ODH: *¿Cree que la oferta formativa para los profesionales en España es suficiente para cubrir la necesidad de una buena Formación Continua?*

A. T.: La oferta de cursos en el momento actual es más que suficiente, pecando incluso de excesiva, y en muchas ocasiones de un elevado coste de inscripción, que hace que para los jóvenes dentistas, puedan ser excluyentes. El Consejo general tiene en la Formación Continua especial interés. Esta Comisión, que yo presido, tiene el empeño de ofertar unos cursos y una Aula Clínica todos los años con profesionales de reconocido prestigio y a un precio muy asequible. Pretendemos llegar a toda la geografía española y eso hace posible que colegios que tienen pocos cole-



giados tengan cursos de primer nivel.

Por otro lado, soy partidario de que todos los colegiados tuviéramos que realizar un determinado número de cursos obligatorios al año, para seguir acreditándonos profesionalmente, como ocurre en países de nuestro entorno.

En relación a este tema, me gustaría tener un especial recuerdo para mi amigo y Presidente Dr. Fernando Sabrás Puras, recientemente fallecido y verdadero impulsor de la Formación Continua del Consejo General.

ODH: *¿Cuáles son los proyectos que más destacaría de su vida a nivel personal y profesional?*

A. T.: A nivel personal, me siento plenamente satisfecho, tengo una mujer que me ha apoyado siempre de forma incondicional, y dos hijos maravillosos, uno de ellos está estudiando Odontología y creo que será mi relevo profesional. A nivel profesional, me siento muy satisfecho en mi cargo de Presidente del Colegio de Den-

tistas de La Rioja y de la Formación Continua del Consejo General, en ambas actividades cuento con una serie de colaboradores de primer orden.

ODH: *Tras su paso por el Colegio de La Rioja, ¿cómo le gustaría ser recordado?*

A. T.: Simplemente como un compañero, al que pudieron recurrir cuando lo necesitaban, me siento suficientemente gratificado con lo que la actividad colegial me ha dado. Todos estos años me han proporcionado la oportunidad de conocer profesionales de primer orden y, lo más importante, tener amigos más que compañeros de profesión •

MARÍA ANDRÉS VEIGA

PROFESORA ASOCIADA DE LA URJC

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

PROFESORA ASOCIADA DE LA URJC

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

LUIS JESÚS RUBIO ALONSO

PROFESOR DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

FRANCISCO GARCÍA GÓMEZ

PROFESOR CONTRATADO DOCTOR DE LA URJC

REHABILITACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR MEDIANTE PRÓTESIS COMPLETA INMEDIATA A PROPÓSITO DE UN CASO

La extracción de múltiples piezas dentarias ocasiona una disminución de la eficacia masticatoria origina el no confort del paciente. Además, produce la pérdida del contorno y del perfil labial que había caracterizado al paciente hasta ese momento por lo que éste puede sufrir alteraciones desde un punto de vista psicológico al no aceptar su nueva morfología facial.

Una alternativa de tratamiento que permite disminuir estos inconvenientes estéticos y psicológicos tras la extracción multidentaria es la denominada prótesis inmediata o de transición es aquella que se confecciona antes de las extracciones de los dientes que se van a sustituir y se coloca inmediatamente después de realizadas las mismas, permitiendo el cambio del dentado natural al artificial sin alteraciones faciales ni estéticas ^(1,2,3).

Este tipo de prótesis presenta cuatro tipos de indicaciones ^(4,5):

1. De origen patológico: pacientes con enfermedad periodontal avanzada, bocas sépticas o tratados con cirugía o radioterapia en la región maxilofacial.
2. De orden funcional: en relación a la patología propia de los dientes donde no es posible una rehabilitación dentosoportada.
3. De orden psicosocial: cuando el compromiso estético de no llevar dientes durante un período prolongado no es soportable.
4. En el tratamiento implantológico: en el período de osteointegración.

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico en el cual se utilizó una prótesis completa inmediata para reemplazar dientes extraídos debido a una enfermedad periodontal avanzada.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 56 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a nuestro Servicio por presentar movilidad de una restauración fija en herradura a nivel superior. Durante la exploración se observó retracción gingival y una movilidad acentuada de todos los dientes (Figura 1).

Se solicitó un estudio radiográfico mediante una ortopantomografía, en la que se observó una pérdida ósea generalizada de más de 2/3 de la raíz, pero el principal hallazgo fue la presencia de un canino incluido a nivel del primer cuadrante (Figura 2).

Ante esta situación se informó a la paciente de la necesidad de extraer todos los dientes superiores, además del canino incluido, y posteriormente, por motivos estéticos y funcionales, colocar una prótesis provisional inmediata.

Tras la firma del consentimiento, se procedió a la toma de impresiones para disponer de la prótesis inmediata previamente a la intervención quirúrgica.

La cirugía se realizó bajo anestesia local, siendo el primer paso la división de la prótesis para extraer los dientes de manera individualizada (Figura 3). Una vez extraídos todos los dientes (Figura 4) se realizó una incisión crestal en el primer cuadrante para levantar un colgajo y visualizar el canino incluido, cuya corona estaba en posición palatina y la raíz en vestibular (Figura 5). Una vez localizado se realizó una osteotomía liberatoria (Figura 6) y una odontosección para así preservar la cortical en la medida de lo posible (Figura 7, Figura 8).

Tras la extracción del canino se realizó un exhaustivo legrado del tejido inflamatorio que tapizaba los alveolos dentarios (Figura 9), y finalmente se realizó una sutura continua desde distal del primer cuadrante a distal del segundo cuadrante (Figura 10).



FIG.1: EXPLORACIÓN CLÍNICA



FIG.2: EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA



FIG.3: INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS PILARES DE LA PRÓTESIS



FIG.4: DIENTES EXTRAÍDOS

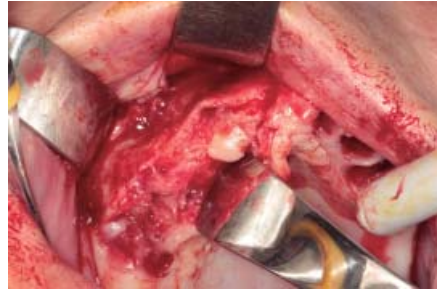


FIG.5: VISUALIZACIÓN DEL CANINO INCLUIDO. CORONA EN PALATINO Y RAÍZ EN VESTIBULAR



FIG.6: OSTEOTOMÍA LIBERATORIA

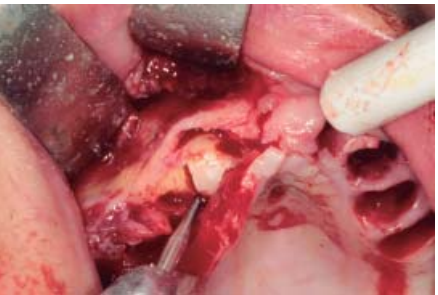


FIG.7: ODONTOSECCIÓN



FIG.8: EXTRACCIÓN INDIVIDUALIZADA CORONA Y RAÍZ

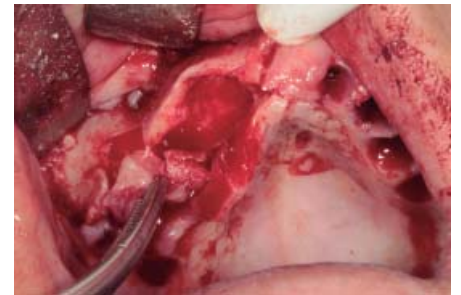


FIG.9: LEGRADO DEL TEJIDO INFLAMATORIO



FIG.10: SUTURA CONTINUA



FIG.11: COLOCACIÓN Y AJUSTE DE LA PRÓTESIS INMEDIATA

Finalmente, se colocó la prótesis inmediata y se comprobó la oclusión (Figura 11). Se le indicó a la paciente que la debe usar durante 24 horas para que la cicatrización ocurra de acuerdo a la forma de la base de la prótesis. Además, se informó con minuciosidad su mantenimiento: buena higiene de la prótesis y de la zona postextracción y que las 3 primeras noches debe usarse pero a partir de ese período debe retirarse para dormir.

La paciente fue revisada a los 4 días para evaluar el ajuste de la prótesis y a los 7 días para la retirada de la sutura. Durante el primer mes se revisó semanalmente realizándose un rebase de la prótesis cuando se observó un desajuste de la misma. Posteriormente, se realizaron revisiones mensuales hasta alcanzar los 3 meses. Finalmente a los 6 meses de la colocación de la prótesis inmediata se realizó al prótesis definitiva.

DISCUSIÓN

La realización de una prótesis completa inmediata a la extracción dentaria es una alternativa de tratamiento que presenta una serie de ventajas desde el punto de vista quirúrgico, protésico, estético y psicológico.

Desde un punto de vista quirúrgico facilita la cicatrización y evita el colapso de los tejidos, produciendo un reborde edéntulo más favorable y un tejido blando más resistente. Evitan el colapso de la musculatura facial, lo

que favorece la obtención de una mayor armonía estética, que se encuentra comprometida cuando los labios y las mejillas no presentan soporte dental ^(5, 6).

La presencia de dientes naturales favorece la selección de la forma, tamaño, color y organización de los dientes artificiales, y proporcionan una guía para la determinación de la dimensión vertical oclusal ⁽⁶⁾.

Finalmente presentan efectos psicológicos positivos puesto que se minimiza el período transcurrido entre la extracción dentaria y la colocación de una prótesis que sustituya los dientes ausentes ⁽⁶⁾.

Sin embargo, es importante informar a los pacientes de que es una prótesis provisional puesto que tras la extracción dentaria se produce una remodelación ósea que provoca una disminución vertical y horizontal de la cortical vestibular, especialmente en los 6 primeros meses, lo que provocará una pérdida gradual de retención y estabilidad. Por ello, el paciente debe comprender que es necesario un rebase de la prótesis en 6 meses y realizar una nueva en uno o dos años ⁽⁷⁾ ●

BIBLIOGRAFÍA

1. La Vere AM, Krol AJ. Immediate denture service. *J Prosthet Dent.* 1973;29(1):10-15
2. Bissasu M. A simple procedure for minimizing adjustment of immediate complete denture: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2004;92(2):125-7
3. Soni A. Trial anterior artificial tooth arrangement for an immediate denture patient: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2000;84(3):260-3
4. Johnson K. A clinical evaluation of upper immediate denture procedures. *J Prosthet Dent.* 1966;16(5):799-810
5. Pound E. Controlled immediate dentures. *J Prosthet Dent.* 1970;24(3):243-52
6. Sadowsky SJ. Use of foil to block out extraction sites prior to relining immediate dentures. *J Prosthet Dent.* 2006;95(1):79
7. Shaw DR. Duplicate immediate dentures. *J Prosthet Dent.* 1962;12(1):7-57



Se necesitan voluntarios
para nuestros proyectos
de Camerún y Senegal

Puedes ponerte en contacto a través de:

aperezporro@infomed.es
667775832

gloriallado@ibercom.com
609377427



DentalCoop
Asociación de voluntarios para la Salud Dental

“Mis dientes sensibles hacen que no disfrute de algunas comidas y bebidas”.

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



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

AUTOR:

JOSÉ CARLOS VEA ORTE
MÉDICO ESPECIALISTA EN ORL
PROFESOR ASOCIADO EN LA UPV



HABLEMOS DEL HABLA

Fue en una visita a la singular ciudad de Cádiz cuando, viendo una Exposición, pensé en la importancia que tiene la divulgación de temas importantes para aumentar los conocimientos de las personas. Lo pensé porque, en la misma, y desde mi punto de vista, se perdió la oportunidad de proporcionar un importante añadido al panel de la exposición que dijese:

Nos podemos atragantar..., pero a cambio: ¡hablamos!

La Exposición que se titulaba: Érase una vez... eL HabLa! Así con ese grafismo y con el subtítulo, en una viñeta, que decía: "Historia de la comunicación humana", me pareció muy interesante e ilustrativa.

Es importante, como muy bien explican, haber desarrollado la posibilidad de hablar y parece que atragantarse es un incidente sin demasiado valor.

Sin embargo, ese panel me llamó tanto la atención que motivó que escribiera este artículo. Atragantarse es algo que puede ser muy serio. Tanto que puede ser mortal. Es algo que expliqué durante años como profesor en la Facultad de Medicina de la UPV y siempre que he tenido la oportunidad de hacerlo. El motivo es simple. Se puede dejar de hablar, pero no se puede dejar de respirar. Ese accidente (nos podemos atragantar...) sucede cuando se está comiendo y puede provocar la muerte del atragantado en sólo unos minutos. El tratamiento es, relativamente, sencillo para cualquier persona. Es la **Maniobra de Heimlich**. Que explicaré en una separata.

El Habla, la Palabra, es el escalón intermedio entre la Voz y el Lenguaje en la Comunicación Oral. El tener la capacidad de hablar es una cuestión de gran trascendencia y en la que no reparamos hasta que se altera o desaparece. Pasa lo mismo con el resto de los sentidos. En el anterior artículo para **Odontólogos de Hoy** describía el cómo y el porqué oímos, y la forma en que echamos de

“

El Habla, la Palabra, es el escalón intermedio entre la Voz y el Lenguaje en la Comunicación Oral. El tener la capacidad de hablar es una cuestión de gran trascendencia.”

menos el oír, cuando se altera nuestro oído, entre otros motivos, debido a la edad. Así que aprovechando lo dicho anteriormente, me pareció muy interesante escribir sobre la comunicación oral, ya que la Voz y el Habla entran de lleno en mi especialidad.

Los otorrinolaringólogos estudiamos la fisiología y patología de los impulsos, que por medio de ondas sonoras, que entran por los oídos, nos permiten escuchar y aprender. También estudiamos las ondas so-

noras que se original al espirar el aire que respiramos, formadas y modificadas por los órganos fonadores y salen por la boca en forma de mensaje verbal.

La Comunicación es la manera en que nos relacionamos los seres vivos y la Comunicación Oral es la mayoritaria entre los humanos. Sabemos que existen otros tipos de comunicación como es la empática, gestual, manual, visual, táctil, química, etc. Distinguimos cuatro canales de comunicación entre los seres vivos pero sólo hablaremos del canal acústico. De las señales sonoras que nos llegan por el oído, que en este artículo omitiremos y de las señales sonoras que emitimos por medio de nuestros órganos fonadores. No tocaremos los canales visuales, químicos o táctiles.

Lo primero que hay que señalar, es lo que, en la evolución de nuestra especie, han significado los cambios anatómicos que se han ido produciendo hasta llegar a la bipedestación.

De manera muy esquemática diremos que los humanos tenemos la capacidad de comunicarnos oralmente merced a la evolución de nuestros órganos fonadores. Cuyo principal componente es la laringe. La laringe es un órgano tubular compuesto por varios cartílagos (tiroideos, aritenoides, cricoides) y un buen número de músculos. Está situada delante de la faringe y comunica con la tráquea, hacia abajo, por medio de otro cartílago llamado cricoides. El conjunto es una estructura músculo-cartilaginosa situada en la parte anterior del cuello. En el interior de la laringe están las cuerdas vocales que son unos

QUIERE
FINANCIACIÓN
FÁCIL
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

repliegues músculo-mucosos fundamentales para la fonación. Importa mencionar el hueso hioides, situado por encima de la laringe, para comprender su movilidad. La faringe que comienza al final de las fosas nasales y de la cavidad bucal, también se comunica, a través de los senos piriformes que rodean la laringe, con el esófago, por lo que la faringe participa tanto de la vía aérea, respiratoria, como de la vía alimenticia o digestiva (figuras 1,2,3).

Lo más significativo de la evolución, en este aspecto, es que en la mayoría de los mamíferos, incluidos los recién nacidos humanos, la laringe está muy elevada en el cuello y casi en conexión con la cavidad nasal, por lo que se puede tragar y respirar al mismo tiempo, lo que es fundamental para el amamantamiento. Pero, en los humanos, sobre los dos años, la laringe desciende y existe un claro cruzamiento entre ambas vías, la vía aérea o respiratoria y la vía digestiva. Que es lo que posibilita el atragantamiento.

En la vía respiratoria, el aire, en la inspiración, entra por las fosas nasales o por la boca, choca con la faringe y se dirige hacia adelante para atravesar la laringe y discurrir por la tráquea hasta los bronquios y los alvéolos pulmonares donde se produce un recambio de gases. Deja el oxígeno que lleva y devuelve, en la espiración, el anhídrido carbónico.

En la vía digestiva el alimento

entra por la boca y con la masticación se forma un bolo alimenticio que va hacia atrás impulsado por la lengua y se traga o deglute. Pero para que todo funcione de forma correcta, es preciso “proteger” la vía aérea o respiratoria. En cada deglución, la laringe se eleva, por la acción de determinados grupos musculares

“ **El mismo mecanismo que podría causarnos la muerte por atragantamiento nos permite pedir socorro. Pero no es así.** ”

Y la epiglotis, que es otro cartílago, cierra el vestíbulo laríngeo como si fuera una tapadera y el bolo alimenticio discurre dividido por los senos piriformes de la faringe hacia el esófago, y sin más al estómago y al resto del aparato digestivo (como indica el esquema). Por lo que no se puede respirar y hablar a la vez (figura 4).

Explicado esto, la única mención que se hace en el panel antes indicado de la exposición visitada es: “**el mismo mecanismo que podría causarnos la muerte por atragantamiento nos permite pedir socorro**”. Pero no es así. Ya que al tener cerrada, o casi cerrada, la vía respiratoria, el aire no pasa o lo hace con gran dificultad y esfuerzo. Y el socorro se puede, efectivamente,

pedir pero no por medio de la comunicación oral sino con una comunicación gestual, manifestando la urgencia de lo que sucede si hay quien pueda atendernos.

Entonces eché de menos otro panel que explicara la Maniobra de Heimlich.

En preciso pensar que, **la materia prima** para producir la voz, el habla y el elaborado lenguaje es **el aire**. Ese aire exterior aporta el elemento fundamental para que todas las células del organismo tengan el oxígeno necesario para realizar todas sus funciones vitales y que al cortar el suministro se produce la asfixia que conduce a la muerte.

Ahora sí que nos centraremos en el tipo más frecuente de Comunicación entre nosotros, la Oral.

Se pueden distinguir **Tres Niveles de Comunicación Oral**.

El primero sería la **Voz** que es sólo un sonido. El segundo sería el **Habla o Palabra** que es un conjunto de sonidos que, en general, representan un objeto o una acción y el tercer nivel, el más elaborado, es el **Lenguaje** que es la unión de palabras y que representan ideas, conceptos y pensamientos.

La VOZ. Se trata de un **sonido** producido por la emisión del aire contenido en nuestros pulmones al hacer vibrar las cuerdas vocales a su paso por la laringe y que modulamos con la distinta posición de los labios y la lengua y lo matizamos con las cavidades de resonancia que son todas las estructuras que tenemos por encima de las cuerdas vocales: parte de la laringe, la faringe, la cavidad

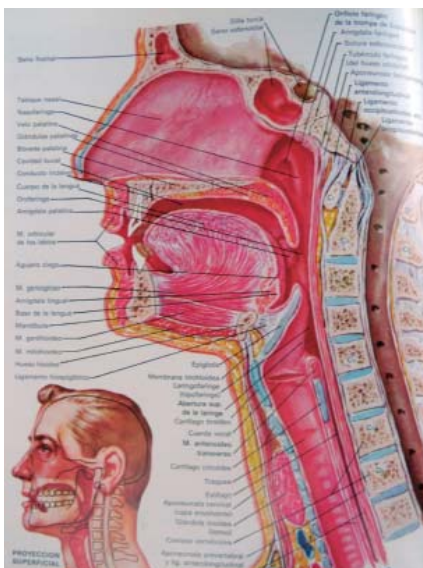


FIG.1.

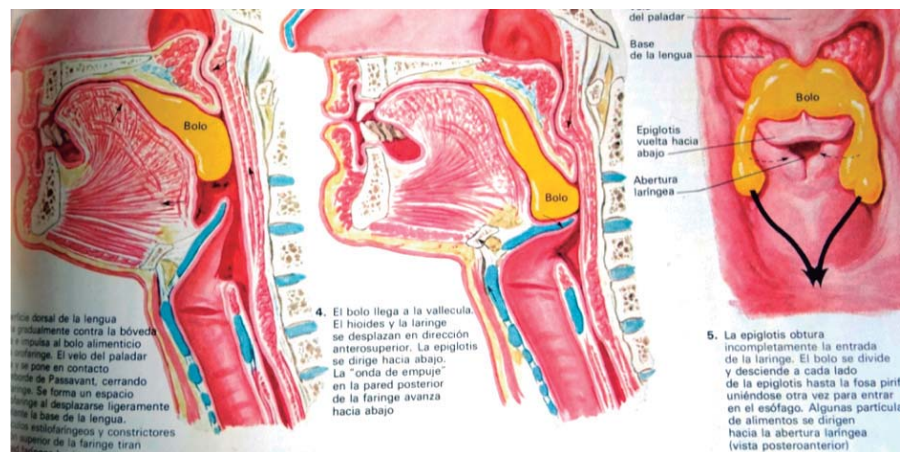


FIG.3.

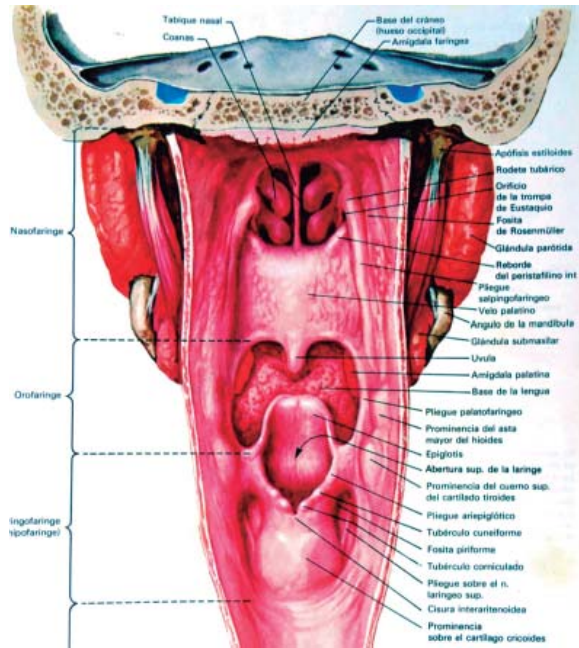


FIG.2.

bucal, las fosas nasales, los senos paranasales... Por ello que existen distintos tipos de voz. **Cada cual tiene su voz específica y personal.**

Sólo al espirar el aire tenemos la posibilidad y la capacidad, los humanos, de producir un sonido elemental. Unas ondas sinusoidales con unos armónicos que tienden a debilitarse. Un ejemplo podría ser la emisión de las vocales de nuestro alfabeto. Para pronunciarlas sólo tenemos que modificar, mínimamente, la posición de los labios y la lengua.

El aire sale de todos los alveolos pulmonares, atraviesa los bronquios, la tráquea, la laringe (donde vibra la mucosa de las cuerdas vocales) y las cavidades superiores y de esta forma se produce la voz cuyos parámetros, podemos definir, describir y medir por medio de la espectrografía vocal. Sirve para diferenciarnos unos de otros. Es el nivel comunicativo oral, más elemental. **Expresa un sentimiento.**

Las alteraciones respiratorias pueden afectar la intensidad del sonido de la voz provocando **hipofonías**, ya que cuando falla el fuelle respiratorio el sonido es de baja intensidad. Por lo tanto es importante tener una buena capacidad respiratoria y eso lo apreciamos en el canto profesional.

Las **disfonías** se producen por la alteración de la mucosa de las cuerdas vocales, una inflamación, un

nódulo, un pólipo... Serían disfonías orgánicas pero también pueden ser funcionales. Comentar que se ha generalizado el término **“afonía”** para designar todas las alteraciones de la voz; cuando con rigor en la “afonía” no tendríamos que escuchar la voz. Ya que el prefijo “a” significa negación de lo que viene detrás. Afonía = No fonía = No voz.

También el timbre o tonalidad de la emisión se puede alterar al modificarse las cavidades de resonancia que son, como hemos dicho, todas las cavidades que tenemos por encima de las cuerdas vocales. Un simple resfriado puede inflamar las mucosas de estas cavidades y así modificar el timbre o tonalidad.

El HABLA sería el segundo nivel y lo podemos definir como una **voz articulada**. De esta manera intervienen los mismos mecanismos y elementos que para la producción de la voz, pero además precisamos de los órganos articuladores. De esta manera el sonido lo hacemos más complejo ya que **elaboramos diferentes fonemas que unidos forman las palabras que dan significado a los objetos y a las acciones.**

El habla (la palabra) puede tener uno o varios fonemas, de distintos tipos, con una función comunicativa que se codifica en el cerebro. También puede tener uno o varios significados, dependiendo del contexto.

Por ejemplo la palabra “pan” sólo tiene un fonema y la palabra “ensimismado” tiene cinco fonemas: “en” “si” “mis” “ma” “do”.

¿Cómo lo hacemos? Lo hacemos modificando, además de los labios y la lengua, otros órganos articulares como los labios, el velo de paladar... La lengua tiene una fundamental importancia en la articulación. Vamos cambiando la posición de los órganos articuladores para obtener diferentes sonidos con distintos significados. Son sonidos, más complejos, que también se pueden estudiar y analizar por medio de la espectrografía vocal. Obtendremos, como en la voz, un timbre o tono característico de esos sonidos articulados debido a las ya mencionadas cavidades de resonancia. Eso hace que, también, nos diferenciamos los unos de los otros por la forma de hablar. Sin olvidar que la aprendemos por “imitación”. Repetimos aquello que oímos y lo hacemos con los ritmos y las entonaciones de los que nos enseñan.

“ *Aprendemos a hablar por “imitación”. Repetimos aquello que oímos y lo hacemos con los ritmos y las entonaciones de los que nos enseñan.* ”

Tendríamos fonemas bilabiales, labiodentales, palatales...

Para señalar la importancia de la lengua, como órgano articulador, sugiero que intenten decir cualquier palabra que contenga varios fonemas sin moverla... Simplemente, no se puede pronunciar.

La palabra es una representación. Cualquier palabra tiene un significado concreto en todos los idiomas. Aunque como ya dijimos puede tener varios significados, según el contexto en que la escuchemos. Normalmente es un objeto o una acción.

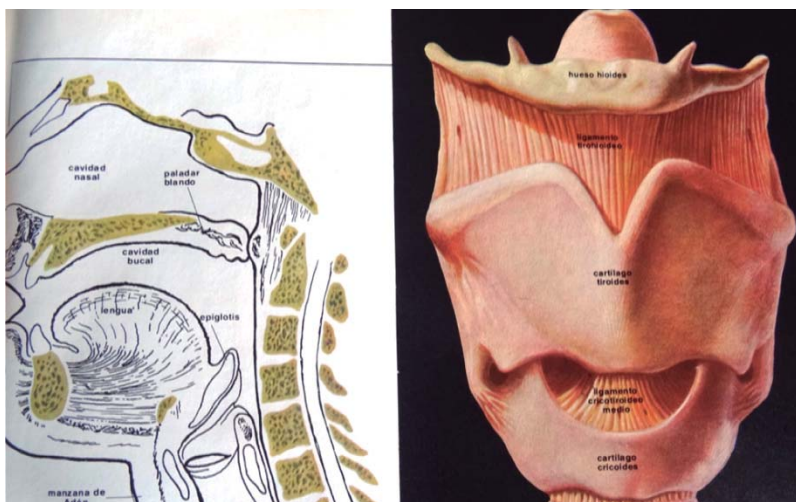


FIG.4.

Es preciso recordar que aprendemos el habla por que disponemos de una correcta audición. **Aprendemos por imitación pues repetimos aquello que oímos** y lo repetimos tal y cómo lo oímos. De ahí los acentos de cada región y las cadencias de cada idioma. Y la imperiosa necesidad de hablar con la correcta pronunciación a los recién nacidos.

La primera vez que oímos la palabra “manzana”, si no la vemos, no es otra cosa que una palabra con tres fonemas “man” “za” “na”. No tiene un significado concreto. Pero cuando oímos manzana y la vemos, la palabra representa ese objeto, en este caso una fruta. Y con el aprendizaje en el tiempo vemos que existen diferentes tipos de manzanas con la misma representación sonora y así aprendemos a diferenciarlas. También cuando crecemos, aprendemos y maduramos, sabemos distinguir, con la misma palabra, la fruta de un grupo de edificios en una ciudad... El mismo proceso se produce con todos y cada uno de los objetos que nos rodean y con todas las acciones que podemos nominar. Cuando oímos “correr” o “cantar” sin ver correr y sin oír cantar, sucede lo mismo. Cuando nos lo explican identificamos la acción. Y aprendemos a distinguir formas de correr y formas de cantar. **Todo lo que vamos aprendiendo**, de esta manera, casi sin aparente esfuerzo, **lo almacenamos en el cerebro**, que como ya señalé en el anterior artículo. **El Cerebro es el que manda en todo**. De esa forma vamos añadiendo conocimientos.

A groso modo se puede decir que existen distintas patologías del habla (palabra) por afectación del sistema articulario.

Las **dislalias** están presentes en todos los niños en su aprendizaje. Es un trastorno funcional que desaparece con el crecimiento. O como sucede en la patología odontomaxilar por la mala disposición de las arcadas dentarias que modifican las cavidades y los órganos articulares.

“ *El lenguaje es el grado máximo de comunicación, presupone inteligencia y tiene una doble vertiente: comunicativa e intelectual.* ”

Las **disglosias** son alteraciones en la pronunciación de causa orgánica por lo que no se pueden pronunciar determinados fonemas de forma correcta, como sucede cuando se nace con un labio leporino que nos impide pronunciar las bilabiales como “pa-pa” ya que el cierre de los labios no se puede completar, se escapa el aire.

Las **disartrias** son alteraciones al pronunciar por trastorno orgánico, pero debido a lesiones neurológicas órganos articuladores (parálisis).

Las **disfemias** son alteraciones que se producen en el ritmo de emisión de los fonemas. El ejemplo más conocido sería la **tartamudez** que puede ser clónica o tónica dependiendo si el atasco en la emisión es al comienzo de la palabra o en medio de la misma.

El LENGUAJE es el tercer nivel en la Comunicación oral. **Considero que es el mayor logro de la evolución del ser humano.**

El lenguaje se podría definir como un **fenómeno cultural y social instalado sobre un desarrollo suficiente de las funciones neurológicas y psíquicas que permite, a través de signos y símbolos adquiridos, la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos.**

Es el grado máximo de comunicación, **presupone inteligencia y tiene una doble vertiente: Comunicativa**, expresando ideas y sentimientos e **Intelectiva**, expresando pensamientos.

Se puede decir que es un aprendizaje cultural, que escapa a la esfera de los instintos y que se sustenta en una supra estructura sin centros ni órganos específicos y para ello se precisa un medio cultural adecuado y un suficiente desarrollo neurológico y psíquico.

Por lo que se puede decir que las **alteraciones del lenguaje** vienen de tres importantes áreas.

Origen auditivo. Si no se oye, no se aprende el lenguaje oral aunque todas las estructuras sean correctas. Las áreas cerebrales no se desarrollarán. Hay en la literatura casos de niños criados sin las aferencias auditivas que nunca llegaron a hablar. De ahí la importancia de la estimulación precoz mientras el cerebro está madurando en los primeros años.

Origen psicótico por falta del desarrollo mental.

Ausencia del desarrollo por falta de la inteligencia.

Falta de Integración: Pérdida completa o parcial de la facultad de expresar o comprender. Son las **Afasis** que puede ser **sensoriales** donde el sujeto no comprende lo que oye. Se llama también **Afasia receptiva o de Wernicke** o pueden ser **motoras** donde el paciente

entiende pero no puede hablar. Llamada también **Afasia expresiva o de Broca**.

No he mencionado, por evidente y para no complicar más la exposición, que en todos los niveles de la Comunicación (no sólo en el tercero) el normal funcionamiento y actuación tanto del Sistema Nervioso Central, como del Sistema Nervioso Periférico es imprescindible tanto desde el punto de vista motriz como desde el punto de vista sensorial.

Para terminar, esta breve divulgación, citar que alrededor de la Voz, Palabra y Lenguaje, son múltiples las profesiones que intervienen en el campo de la **Foniatría** y la **Logopedia**. Neurólogos, Psicólogos,

Audiólogos, Laringólogos, Estomatólogos. Rehabilitadores, Educadores, Profesores de Canto, Lingüistas, Especialistas en Acústica, en Fonética... Ingenieros de sonido y muchas más disciplinas. Y como señalo en otras figuras, la voz puede servir para otro tipo de investigaciones identificadoras.

En la **Medicina Rehabilitadora**. La **Psiquiatría** estudia y trata los problemas de la mente. La **Fisiatría** estudia y trata los problemas de la locomoción y la **Foniatría** estudia y trata los problemas de la comunicación •

LA MANIOBRA DE HEIMLICH

El doctor Henry Heimlich la describió en 1974. También se conoce como compresión abdominal. Y advertir que los golpes en la espalda, que es lo que más se hace cuando sucede un atragantamiento, no se considera beneficioso ya que puede agravar el problema debido a la gravedad del objeto alojado en el vestíbulo laríngeo. En los niños se denomina “la maniobra de Bobby” porque fue un policía británico quien en un caso de atragantamiento de un niño, lo cogió por los tobillos y lo zarandeó boca abajo hasta que el objeto que obstruía salió por esa misma gravedad.

El atragantamiento se produce al cerrarse la vía respiratoria con el bolo alimenticio y con ello suspender el fundamental aporte de oxígeno. Es entonces cuando se debe actuar con rapidez pues es preciso “liberar” esa vía respiratoria y se realiza con la Maniobra de Heimlich, que consiste en aprovechar los restos de aire que siempre quedan en los pulmones, bronquios y tráquea y con un fuerte golpe debajo del esternón hacer que la presión provocada dispare hacia fuera el bolo alimenticio que obstruye la vía. Este golpe, a veces, es necesario repetirlo varias veces. Es un hecho constatado que esta maniobra salva muchas vidas todos los años. Es por ello que su difusión es tan importante ya que la puede hacer cualquier persona adulta. Incluso hay maneras de realizarla uno mismo. Se adjuntan los esquemas de cómo realizarla •





DR. JULIÁN CAMPO

DR. JULIÁN CAMPO.

ODONTÓLOGO. jcampo@odon.ucm.es

DR. JORGE CANO.

ODONTÓLOGO. ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL (REINO UNIDO).

jo.cano@wanadoo.es

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

PATÓLOGO. ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO.

jmontans@anatomia.e.telefonica.net

CARCINOMA ORAL EN BORDE LATERAL DE LENGUA

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años, que acudió a consulta por dolor de origen dentario. A la exploración intraoral se observó una lesión ulcerada en borde lateral derecho de lengua, de 2cm x 1,5 cm, con bordes evertidos e indurados a la palpación. Al lado de la lesión ulcerosa se podía observar un par de lesiones leucoplásicas blanquecinas de aspecto moteado que no se desprendían al raspado (Figuras 1-3). El paciente refiere que no sabe desde cuando tiene esas lesiones y que no le duelen. En la anamnesis refiere haber sido tratado de sífilis terciaria en 1993 y es exfumador desde hace más de 20 años. No presenta adenopatías palpables en cuello.

Ante la sospecha de malignidad se decidió realizar una biopsia incisional del borde de la úlcera para estudio histopatológico, el mismo día que acudió a consulta, para no retrasar el posible diagnóstico de malignidad.

El estudio histopatológico reveló una lesión maligna compatible con un carcinoma oral de células escamosas (COCE), bien diferenciado (Figuras 4-6). En las zonas más blanquecinas se podían observar desde

áreas de hiperqueratosis, hasta zonas de displasia severa. Debido a sus antecedentes de sífilis se realizó una tinción inmunohistoquímica para visualizar el *Treponema Pallidum* que resultó ser negativa (Figura 7).

Ante estos datos histopatológicos se realizó un informe de derivación urgente a su Hospital de referencia donde fue intervenido quirúrgicamente. Se le realizó una hemiglosectomía y un vaciamiento ganglionar de cuello supraomohioideo. El estudio histopatológico de la pieza y del vaciamiento ganglionar reveló infiltración de uno de los ganglios extirpados, por lo que el paciente tuvo que ser sometido a tratamiento de quimioterapia y radioterapia. El paciente falleció a los 9 meses del tratamiento quirúrgico por complicaciones de la quimioterapia y recidiva de las lesiones malignas.

NOTA CLÍNICA RESÚMEN

Como en el caso presentado generalmente el cáncer oral suele presentarse como una lesión ulcerada de bordes irregulares, fondo sucio e indurada a la palpación en la muco-

sa oral. EL COCE (Carcinoma oral de células escamosas) representa el 3-4% de todos los cánceres. Generalmente estas lesiones son asintomáticas, lo que provoca un retraso en el diagnóstico ya que el paciente no acude antes a consulta, ante la ausencia de sintomatología. En este caso el paciente acudió por presentar “dolor dentario”, pero no se había dado cuenta de que tenía esa lesión. Su última revisión odontológica fue hacia 2 años. La localización más frecuente es en la porción lateral posterior de la lengua, cara ventral de lengua y suelo de boca. Los pacientes suelen ser varones y mayores de 60 años. A pesar de que este caso histológicamente se correspondía con el patrón de COCE “bien diferenciado”, su pronóstico no fue bueno por complicaciones derivadas del tratamiento recibido, agravadas posiblemente por la patología base del paciente. Cuanto menor sea el retraso diagnóstico, mejor será la supervivencia de estos pacientes, de ahí la importancia de la detección precoz que puede realizar nuestro colectivo. Así pues ante la sospecha de malignidad



OLYMPUS KIT Medical & Macro



Objetivo Zuiko
60 mm Macro



Empuñadura HDL-6



Cámara
OM-D E-M5



Anillo FR-2



Flash DORR
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.

nidad se debe realizar una biopsia incisional lo antes posible o derivar al paciente de forma urgente a un especialista. Se recomienda insistir a nuestros pacientes que acudan a revisiones odontológicas al menos una vez al año, y en aquellos fumadores y/o bebedores cada 6 meses ●

Email contacto:

jcampo@odon.ucm.es

Julián Campo

Profesor Contratado Doctor.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial.Facultad de Odontología.
UCM.



FIG. 1: LESIÓN ULCERADA EN BORDE LATERAL DE LENGUA, JUNTO CON ZONAS BLANQUECINAS QUE NO SE DESPRENDEN AL RASPADO.

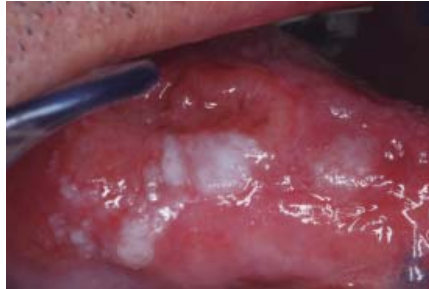


FIG. 2: VISIÓN AMPLIADA DE LAS ZONAS LEUCOPLÁSICAS NO HOMOGÉNEAS CERCANAS A LA ÚLCERA. FIJARSE EN LOS BORDES EVERTIDOS DE LA ÚLCERA.



FIG. 3: OBSÉRVESE LA DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA QUE SE PRODUCE CUANDO SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SAQUE LA LENGUA (SIGNO DE INFILTRACIÓN EN PROFUNDIDAD DE LA MUSCULATURA LINGUAL).

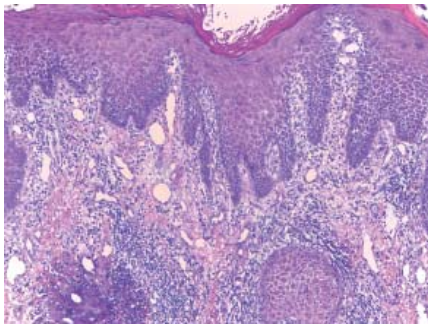


FIG. 4: MICROFOTOGRAFÍA 10X H/E. COCE. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, BIEN DIFERENCIADO. OBSÉRVESE COMO EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO NORMAL EXHIBE UN CAMBIO ABRUPTO A CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INFILTRANTE.

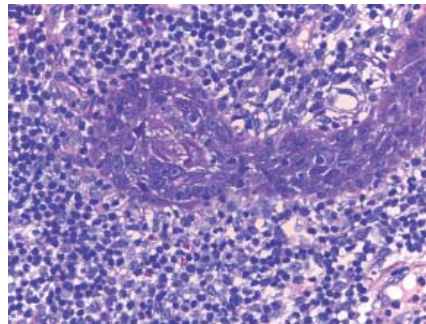


FIG. 5A: MICROFOTOGRAFÍA 40X H/E. COCE BIEN DIFERENCIADO. SE OBSERVA LA DISQUERATOSIS (QUERATINIZACIÓN CELULAR INDIVIDUAL), PÉRDIDA DE COHESIÓN CELULAR E HIPERCROMASIA NUCLEAR.

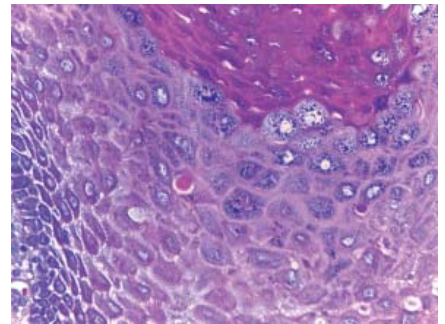


FIG. 5B: MICROFOTOGRAFÍA 40X H/E. DISQUERATOSIS A MAYOR AUMENTO EN ZONA LEUCOPLÁSICA (CENTRO DE LA IMAGEN).

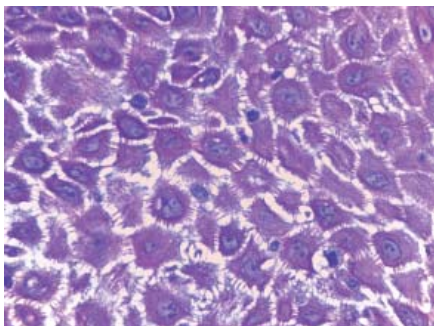


FIG. 6: MICROFOTOGRAFÍA 60X H/E. COCE BIEN DIFERENCIADO. SE OBSERVAN QUERATINOCITOS CON NÚCLEOS GRANDES Y NUCLÉOLOS MUY PROMINENTES. TAMBIÉN SE OBSERVA LA PÉRDIDA DE COHESIÓN INTERCELULAR (SE VEN MUY BIEN LOS HEMIDESMOSOMAS INTERCELULARES).

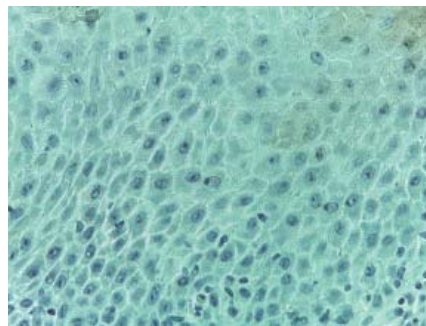


FIG. 7A: MICROFOTOGRAFÍA 40X H/E. COCE. TINCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA PARA TREPONEMA PALLIDUM. SE OBSERVA NEGATIVIDAD PARA TREPONEMA PALLIDUM, COMPARADO CON LA POSITIVIDAD ENCONTRADA EN LA MUESTRA CONTROL UTILIZADA. (FIG. 7B).

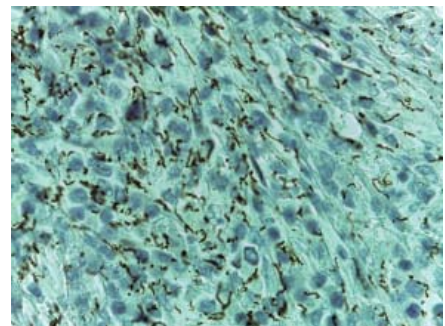


FIG. 7B: SE OBSERVAN CLARAMENTE LOS INFILTRADOS DE TREPONEMA.



OsteoBiol®

by Tecnos

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

OFERTAS VÁLIDAS PARA AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2015

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.**



APATOS
0,5 GR REF. A1005FS 61 €.
1 GR REF. A1010FS 96 €.

Duo-Teck felt Colágeno liofilizado

Filtro de colágeno equino

- ▶ Packs de 6 unidades/caja.
- ▶ Biocompatible y con una rápida reabsorción.
- ▶ Para aquellos casos que necesite una separación de tejidos.



6 UDS DUO-TECK FELT
25X25 MM
REF. DTN625 205€.



GEN-OS. REGALO
VALORADO EN 51€

Mp3 Granulado mix prehidatado

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 ⁽⁴⁻⁵⁾ y preservación de la cresta. ⁽⁵⁾
4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011
5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008



MP3 1 C.C. X 3 JERINGAS
REF. A3030FS 375 €.



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 AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2015

Envío 24 horas gratuito* dentro de la Península. Baleares, Ceuta, Melilla consultar. Posibilidad de entrega en menos de 24h bajo suplemento. Total disponibilidad de stock. *En pedidos superiores a 100€ antes de IVA. En pedidos inferiores: 7€ + IVA de portes. Osteógenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, no daría lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

OBSTÁCULO EN LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES PERMANENTES PROVOCADO POR DOS ODONTOMAS COMPUESTOS

CASO CLÍNICO

RESUMEN

Los odontomas son malformaciones tumorales caracterizadas por la formación de tejidos dentarios duros maduros; lesión habitualmente hamartomatosa, en la que se conjugan elementos epiteliales y mesenquimales que muestran una diferenciación completa con formación de esmalte, dentina, cemento y pulpar. La mayoría de éstas no tiene parecido morfológico con los dientes de la dentición normal, pero en cada una el esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa están dispuestos como el diente normal.

Son tumores odontogénicos benignos mixtos, de origen ectodérmico y mesodérmico, por lo que es esencial que el odontólogo reconozca sus características clínicas para poder realizar el procedimiento quirúrgico indicado. En el caso que nos ocupa, se trata de una paciente de 8 años que acude a la consulta por la persistencia de los incisivos temporales y la no erupción de los incisivos permanentes.

PALABRAS CLAVE

Odontoma compuesto, odontoma complejo, canino retenido, cirugía, tumor odontogénico.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son malformaciones tumorales caracterizadas por la formación de tejidos dentarios duros maduros; lesión habitualmente hamartomatosa, en la que se conjugan elementos epiteliales y mesenquimales que muestran una diferenciación completa con formación de esmalte, dentina, cemento y pulpar. Son los tumores odontogénicos más

frecuentes, representan casi el 70% y aparecen en las dos primeras décadas de la vida. (1,2)

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

ETIOLOGÍA

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

Existen teorías que apoyan el hecho de que estas lesiones son el resultado de la protusión de células epiteliales odontogénicas suplementarias procedentes de la lámina dental (8); así como también la Teoría de Malassez que explica el desarrollo a expensas de los restos paradentarios, y la teoría Rywkind, que considera una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis.(9)

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

ODONTOMA COMPUESTO

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

ODONTOMA COMPLEJO

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

CLÍNICA

Respecto a la localización, se localizan más frecuentemente en maxilar que en mandíbula. El 61% de los odontomas compuestos aparecen en la porción anterior del maxilar frente al 34% de los complejos, que aparecen más en la región molar (12) Existe una ligera predilección por el sexo masculino (13, 14,15)

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

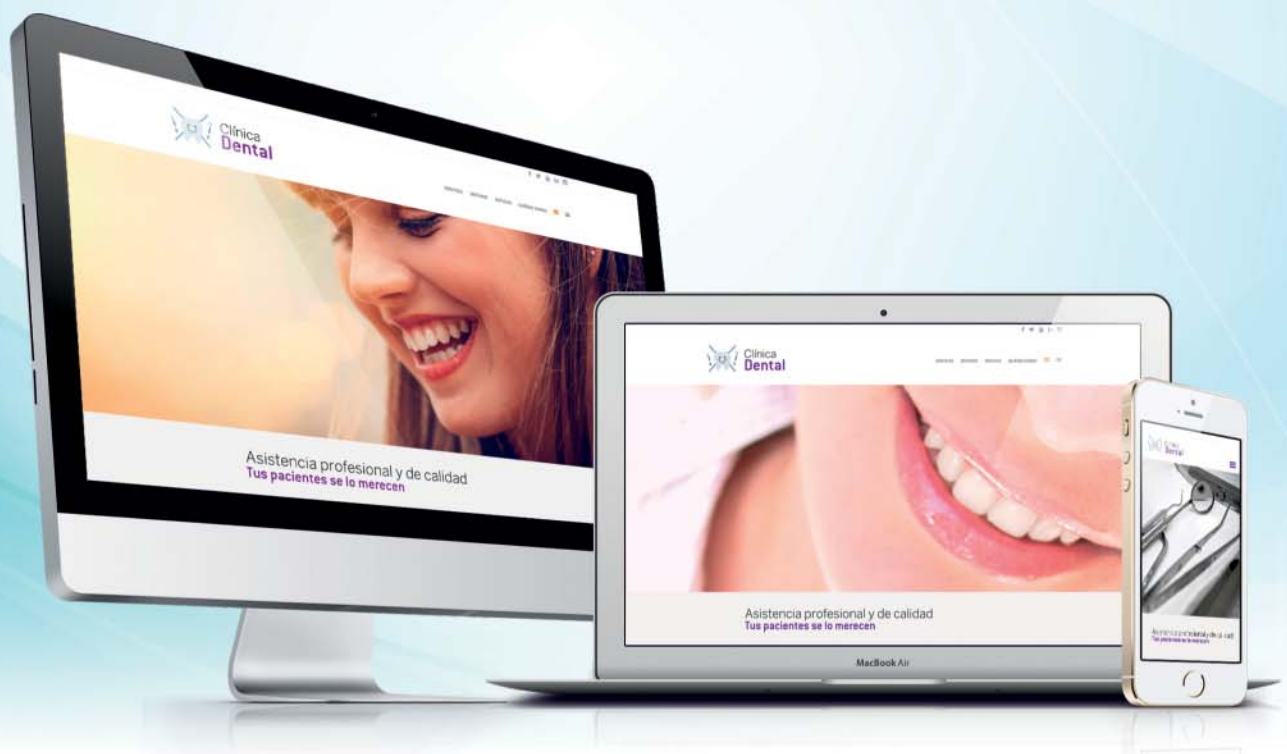
COMPLICACIONES

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

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

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!



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

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

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

OBJETIVO GENERAL

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Scopus insertando palabras clave como “Odontoma compuesto, odontoma complejo, canino retenido, cirugía, tumor odontogénico”, seleccionando artículos de los últimos 15 años.

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

Se utilizan los elementos de protección, según normas vigentes. El tratamiento que se llevó a cabo con las medidas más asépticas posibles.

Se utilizó anestesia local articaína (2 carpules), agujas de anestesia infiltrativa, mango de bisturí nº3, hoja 15; separadores de minesota, periototomo, fresa quirúrgica redonda, pieza de mano con irrigación profunda, pinzas de forcipresión, tijera de curva, cucharilla y lima de hueso, hilo de sutura de OOO, portaagujas, gasa estéril, material relleno de Gelatam, solución fisiológica y solución antiséptica.

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

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 8 años de edad que acude a la consulta del Centro de Salud, acompañado de su madre, para una revisión de salud bucodental; observando la persistencia de incisivo temporal superior derecho e izquierdo, 51-61 y la no erupción a

su edad de los incisivos permanentes superiores.

Prescribimos una ortopantomografía para apreciar el por qué no erupcionan los incisivos permanentes superiores, 11-21. Tras valorar la ortopantomografía observamos la presencia en el sector anterosuperior, de dos imágenes mixtas con múltiples radiopacidades que obstaculizan la erupción de los incisivos permanentes superiores, 11-21.

Se observan dos imágenes radiográficas con múltiples radiopacidades que adoptan una configuración similar a dientes (dentículos) rodeados por halos radiolúcidos, semejante a incisivos permanentes.

Una vez valorada la ortopantomografía se concluye en un diagnóstico presuntivo de dos odontomas compuestos y se decide la remoción quirúrgica de los incisivos temporales superiores 51-61, junto con los dos odontomas compuestos que obstaculizan la erupción de los incisivos permanentes superiores.

Planificamos el caso y decidimos intervenirlo quirúrgicamente, eliminando los dos odontomas que impide la erupción del 11-21. Inicialmente aplicamos anestesia articaína (tipo amida) 2 carpules con aguja para la anestesia infiltrativa desde el sector más posterior al más ante-



FIG. 1: ORTOPANTOMOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO PARA APRECIAR LA INCLUSIÓN DEL 11 Y 21 Y LA PRESENCIA DE DOS ODONTOMAS COMPUESTOS QUE IMPIDEN LA ERUPCIÓN DE LOS DOS INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES.



FIG. 2: EXPLORACIÓN BUCODENTAL DONDE SE VISUALIZA LA PRESENCIA DE LOS INCISIVOS TEMPORALES SUPERIORES 51-61 Y LA NO ERUPCIÓN DE LOS SUCESORES PERMANENTES SUPERIORES.



FIG. 3: DESPEGAMIENTO MUCOPERIÓSTICO DE ESPESOR TOTAL, DONDE APARECE UN HUESO VESICULAR FINO Y DELGADO ASOCIADO AL 11-21.



FIG. 4: EXTRACCIÓN DEL ODONTOMA COMPUESTO QUE OBSTACULIZABA LA ERUPCIÓN DEL INCISIVO SUPERIOR PERMANENTE, 11.

rior. Realizamos una incisión tipo Newman con dos descargas verticales distales al 12-22, siendo un colgajo de espesor total desde el 53 hasta el 63; para ello utilizamos bisturí nº3, hoja 15. En el procedimiento de despegamiento nos ayudamos de un periostotomo y una vez hecho el despegamiento mucoperióstico, con la ayuda de una cucharilla redonda, hacemos una osteotomía del hueso cortical; eliminamos los dos odontomas compuestos con la ayuda de un botador recto y angulado; siempre teniendo cuidado de no lesionar el paquete vasculonervioso de los dos incisivos permanentes superiores, que están incluidos.

Introducimos dentro de la enucleación gelatam en esponjas y aproximamos el tejido mucoperióstico del despegamiento mediante sutura de hilo 000. Los odontomas compuestos lo introducimos en formol al 10%, con su correspondiente informe anatomopatológico y lo enviamos para analizar al Servicio de Anatomía- Patológica del Hospital Virgen del Valme, que semanas más tarde nos confirma el diagnóstico de dos odontomas compuestos.

Prescribimos amoxicilina 500mgr 1/8 7 días e ibuprofeno. Se le cita para control a la semana y posterior controles cada 3 meses.

DISCUSIÓN

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

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

El odontoma compuesto suele presentarse con mayor incidencia en la región anterior incisiva-canina del

maxilar. Esta localización coincide con el caso clínico presentado y se puede establecer que la radiografía panorámica es una herramienta muy útil para contribuir en el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, ya que son típicos sus hallazgos radiográficos.

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

CONCLUSIONES

Los odontomas representan las lesiones tumorales benignas y asintomáticas de origen odontogénico más comunes, por lo que su valoración

clínica y radiográfico es de suma importancia para el diagnóstico precoz de estas lesiones, en función de orientar y planificar pautas de tratamiento oportunas.

En el caso que nos ocupa, se evidenció que la ausencia de una pieza dentaria permanente en boca, así como la presencia prolongada de un diente temporal, ya en época de haberse exfoliado, son signos relevantes a la hora de realizar el examen clínico bucal.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Kistner E, Blanco Carrión A, et al. Medicina Bucal Práctica. Ed Dani. 2000
- Sales MA, Cavalanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. Dentomaxillofac Radiol. 2009;38:48-52.
- Vázquez DJ, Gandini PC, Carbajal EE. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. Av Odontostomatol. 2008;24(5):218-21.
- Iwamoto O, Harada H, Kusukawa J et al. Multiple odontomas of the mandible: a case report. J Oral Maxillofac Surg. 1999;57:338-341.
- Hidalgo O, Leco MI, Martínez JM. Meta-analysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(11): E730-4.
- Dagistan S, Goregan M, Miloglu Ö. Compound Odontoma associated with maxillary impacted permanent central incisor tooth: A case report. The Internet Journal of Dental Science. 2007;5(2).
- Mursulí M, Pestana O, Carmona S et al. Odontoma compuesto: presentación de caso. Gaceta Médica Espirituana. 2005;7(2):
- Crespo J, Ruiz M, Delgado M et al. Odontoma compuesto como causa de sinusitis maxilar crónica. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59:359-361.
- Márquez E, Rivas R, Delis R. Tumores de dientes múltiples. Presentación de tres pacientes. 2001
- Da Costa C, Torriani D, Torriani M, Da Silva R. Central incisor impacted by an odontoma. J Contemp Dent Pract. 2008;9(6):122-8.
- Jordan RCK, Speight PM. Current concepts of odontogenic tumors. Diagnostic Histopathol 2009;15:303-310.
- Aguirre JM, Caballero R. Diagnóstico diferencial de las lesiones radiotransparentes, radiolúcidas y mixtas de los maxilares. En: Bagán, Ceballos, Bernejo, Aguirre, Peñarrocha. Medicina Oral. Ed. Masson. Barcelona. 1995:685-714. Ariyoshi Y., Shimahara M., Mesenchymal. Condrosarcoma of the maxilla: a case report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 1999.
- Ragalli CC, Ferreria JL, Blasco L. Large erupting complex odontoma. Int J Oral Maxillofac Surg. 2000;29:373-4.
- Amado S, Gargallo J, Berini L, Gay C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcional. Med Oral 2003;8:366-73.
- Duvegneaud S, Tant L, Loeb I, Kaumpuridis S, Dargent JL, Gomez Galdon M, Vilbi M, Van Reck J. Mandibular ameloblastic fibro-odontoma: case report. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004 Sep; 105(4):223-6.
- Leem TH, Kingdom TT. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(6):667-668.
- Crincoli V, Scivetti M, Di Bisceglie MB, Lucchese A, Favia G. Odontoma: retrospective study and confocal laser scanning microscope analysis of 52 cases. Minerva Stomatol. 2007;56(11-12):611-20.
- Johnson J, Whaites EJ, Sheehy EC. The use of multidirectional cross-sectional tomography for localizing an odontome. Int J Paediatr Dent. 2007;17(2):129-133.
- Bantra P, Duggal R, Kharbanda OP, Parkash H. Orthodontic treatment of impacted anterior teeth due to odontomas: a report of two cases. J Clin Pediatr Dent. 2004;28(4):289-294.
- Mehra P, Singh H. Complex composite odontoma associated with impacted tooth: A case report. N Y State Dent J. 2007;73(2):38-40.
- Motamedi MH. Removal of a complex odontoma associated with an impacted third molar. Dent Today. 2008 Apr; 27(4):76,78-9.
- Bertolai R, Acocella A, Sacco R, Agostini T. Submandibular cellulitis (Ludwig's angina) associated to a complex odontoma erupted into the oral cavity. Case report and literature review. 2007;56(11-12):639-647.
- De Alesio D, Creosinin ML. Odontoma compuesto complejo: un caso clínico. Rev Asoc Odontol Argent 2003;91(5):433-436.
- Miranda S, Sáez S, Bellet L. Retraso de la erupción de un incisivo inferior permanente asociado a un odontoma compuesto: a propósito de un caso. Dentum. 2007;7(2):81-86.
- Shaked I, Peretz B, Ashkenazi M. Development of odontoma-like malformation in the permanent dentition caused by intrusion of primary incisor a case report. Dent Traumatol. 2009;25(1):144-145.
- Colter JD, Sedano HO. Otodental syndrome: a case report. Pediatr Dent. 2005;27(6):482-485.
- Gyulai-Gaál S, Takács D, Szabó G, Suba Z. Mixed odontogenic tumors in children and adolescents. J Craniofac Surg. 2007;18(6):1338-1442.
- Da Silva LF, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. Quintessence Int. 2009;40(1):61-72.
- De Riu G, Meoni SM, Contini M, Tulio A. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. J Cranio Maxillofacial Surg 2010;38:141-144.
- Bayram M, Özer MS, Sener I. Bilaterally impacted maxillary central incisors: Surgical exposure and orthodontic treatment: A case report. J Contemp Dent Pract 2006;7(4):98-105.
- Cabov T, Krmpoti M, Grgurevi J, Peri B, Joki D, Manojlovi S. Large complex odontoma of the left maxillary sinus: Wien Klin Wochenschr. 2005;117(21-22):780-783.
- Tanaka A, Okamoto M, Yoshizawa D, Ito S, Alva PG, Ide F, Kusama K. Presence of ghost cells and the Wnt signaling pathway in odontomas. J Oral Pathol Med. 2007;36(7):400-404.
- Dhamuthai K, Kongin K. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. J Clin Pediatr Dent 2004;29(1):75-77.
- Treviño AG, Puerta PL, Ramírez HM. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiológico y tratamiento quirúrgico de un caso. Revista ADM. 2012;69:139-41.
- Yadav M, Godge P, Meghana SM, Kulkarni SR. Compound odontoma. Contemp Clin Dent 2012;3:S13-5.
- Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas children: 39 cases including one recurrent case. Int J Paediatr Dent 2005;15 (Jan 1):37-43.



Odontólogos y Protésicos Dentales, ¿Somos legalmente incompatibles?

NIEVES DE REGLA DOMÍNGUEZ DAMAS

ABOGADO. DEPARTAMENTO JURÍDICO IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS.

Con mucho esfuerzo Carlos terminó sus estudios universitarios de odontología y se dirigió al correspondiente Colegio para tramitar su colegiación e iniciar su carrera profesional, eso sí, advirtiéndole de su condición actual de protésico dental y de su intención de acceder a la profesión de dentista simultaneando la actividad de protésico. La respuesta del Colegio, fue tajante: “no se puede acceder a la colegiación sin renunciar previamente y causar baja como colegiado protésico dental. Son actividades legalmente incompatibles”.

Tras la correspondiente consulta, la pregunta que nos suscita inmediatamente es la siguiente: ¿resulta incompatible legalmente el ejercicio profesional simultáneo como odontólogo y como protésico dental?. La cuestión, como veremos, a pesar de la frecuente y taxativa contestación del colegio en sentido negativo, no tiene una respuesta unívoca.

Para abordar la cuestión en un plano general hemos de acudir al apartado quinto del artículo segundo de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, precepto legal, en lo que a nuestra materia objeto de estudio interesa, profundamente reformado por la célebre Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de Modificación de Diversas Leyes para su Adaptación a la Ley sobre el Libre Acceso a las Actividades de Servicios y su Ejercicio, más conocida como “Ley Ómnibus”. Así, baste citar el tenor

literal de su primer párrafo para advertir su claridad: “En todo caso, los requisitos que obliguen a ejercer de forma exclusiva una profesión o que limiten el ejercicio conjunto de dos o más profesiones, serán sólo los que se establezcan por ley”. De este modo, tan solo se podrá impedir el ejercicio simultáneo de varias profesiones a través de una norma con rango legal; por tanto, cualquier normativa jerárquicamente inferior a la Ley (decretos, órdenes, códigos deontológicos, etc.), queda plenamente **desautorizada** para limitar la mencionada compatibilidad.

Ello nos lleva directamente a la búsqueda de una norma con rango de Ley en la que se pueda fundamentar la rotunda negativa emitida por la institución colegial.

Y en este punto nos encontramos con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Echémosle un vistazo a la literalidad del precepto y, en especial a lo subrayado: “Sin perjuicio de las incompatibilidades establecidas para el ejercicio de actividades públicas, el ejercicio clínico de la medicina, de la odontología y de la veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos será incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración distri-

“ *Las instituciones colegiales no deben ser tan celosas, hasta el punto de poner el parche antes de que salga la herida.* ”

Ello nos lleva directamente a la búsqueda de una norma con rango de Ley en la que se pueda fundamentar la rotunda negativa emitida por la institución colegial. Y en este punto nos encontramos con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Echémosle un vistazo a la literalidad del precepto y, en especial a lo subrayado: “Sin perjuicio de las incompatibilidades establecidas para el ejercicio de actividades públicas, el ejercicio clínico de la medicina, de la odontología y de la veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos será incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración distri-

bución y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios”.

Visto lo anterior, comprobamos que a priori las profesiones de odontólogo y protésico dental no están marcadas por una incompatibilidad absoluta, por lo que ambas pudieran ejercerse por una misma persona.

Sin embargo, no es menos cierto que aunque no se predique la antedicha incompatibilidad total, sí operaría ésta en tanto en cuanto existiese un “interés económico directo”, lo cual ocurriría en el caso de que el odontólogo prescribiera los productos sanitarios (verbigracia, prótesis dentales) que él mismo, como protésico dental, fabrica y distribuye. Ello, de forma tangencial, entronca con las prohibiciones deontológicas contenidas en el artículo 45 del Código Español de Ética y Deontología Dental, al cual nos remitimos por su extensión, invitando a su lectura al lector interesado.

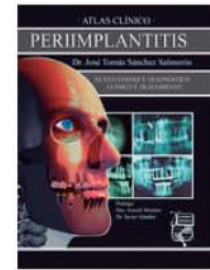
Lo cierto y verdad, es que, en la práctica, la expuesta incompatibilidad parcial supeditada a la concurrencia de “interés económico”, se convierte de facto en la mayoría de los casos en una incompatibilidad directa y absoluta, pues la lógica nos lleva a pensar que quien desee compatibilizar ambas profesiones, las contempla como actividades económicas estrechamente unidas y que se complementan entre sí. Sirva de ejemplo el odontólogo que prescribe o dispensa en su clínica dental los productos sanitarios que elabore en su laboratorio como protésico dental. Pero no siempre tiene que ser así, pues puede tener completamente dissociadas ambas profesiones sin puntos económicos en común ni conflictos de intereses.

Sin entrar en valoraciones de política legislativa acerca de la conveniencia de la incompatibilidad descrita por razones varias de competencia desleal e independencia en el ejercicio profesional, si hemos de oponernos a la automática denegación de la colegiación ab initio, la cual impide el acceso al ejercicio sin ni siquiera verificar que se dé el supuesto de hecho indicado por la Ley. En conclusión, las instituciones colegiales no deben ser tan celosas, hasta el punto de poner el parche antes de que salga la herida, entre otras cosas, porque carecen de competencia para interpretar la previa aplicación del artículo 3.1 transcrito de la Ley 29/2006 —cual incompatibilidad económica—, y porque su actuación queda así al margen de la Ley e impone trabas proscritas por nuestro ordenamiento jurídico interno y comunitario •

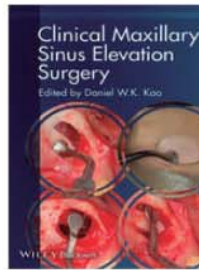
Para más información, puede remitir sus cuestiones a ndd@ivb.es o bien a jrr@ivb.es



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regen.
Carlo Tinti



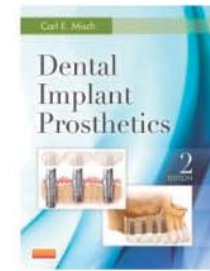
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



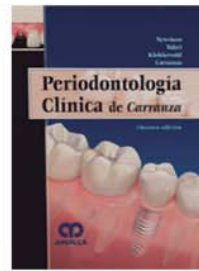
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



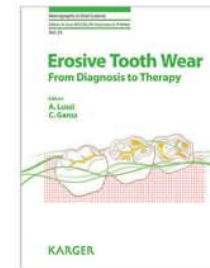
Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



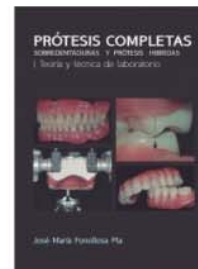
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



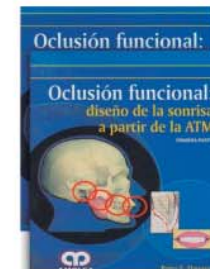
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



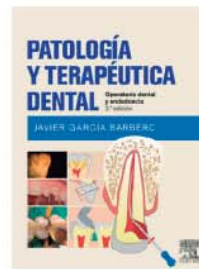
Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



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



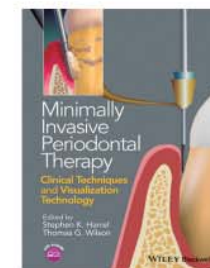
Oclusión funcional Diseño de la Sonrisa a partir ATM
P. Dawson



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





One-to-One Marketing: La gran ventaja del dentista

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI

[DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.

PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

El mundo del marketing y de la publicidad se ha visto sometido a unos cambios fundamentales, sobre todo por las nuevas tecnologías de comunicación e información. Si antes se hablaba de Direct Marketing, que sin duda sigue teniendo su importancia, sobre todo para la fidelización a largo plazo de los pacientes de una clínica dental, hoy en día en los departamentos de marketing de las grandes empresas la palabra de moda es el one-to-one marketing. La pregunta es: ¿Cómo transmitir mi mensaje de forma más eficaz y directa, sin que se pierda en medio del tsunami informativo que vivimos, al consumidor como persona?



EL RETO ANTE EL TSUNAMI MEDIÁTICO: LOGRAR UNA COMUNICACIÓN DIRECTA, CARA A CARA, ONE-TO-ONE.

Por una vez, las clínicas dentales juegan con ventajas frente a las grandes empresas como El Corte Inglés, Movistar o Iberia, ya que el trato personal, de cara a cara con el cliente de la clínica forma parte de la rutina diaria en un gabinete odontológico. De hecho, no solo el dentista, sino todo el equipo auxiliar tienen la gran oportunidad de practicar el one-to-one marketing, aunque a menudo no se tiene conciencia la importancia de hacerlo.

EL ONE-TO-ONE MARKETING EN LA CLÍNICA DENTAL

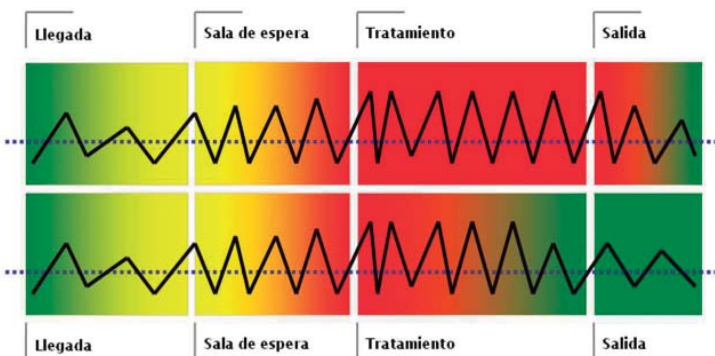
Aplicar el one-to-one marketing en la clínica dental es tan simple como añadir a los protocolos de tratamientos un tiempo adicional después de cada intervención. Se trata de sumar, pero de forma muy consciente, tan solo cinco minutos a los estándares de intervención con el objetivo de cuidar y mejorar la relación de confianza que tanto caracteriza la relación entre dentista y paciente.

Los más escépticos calcularán que, dándole más tiempo a cada uno de los pacientes, no se podrá atender tantos pacientes al día como anteriormente, lo cual significa una facturación más baja. Visto a corto plazo es correcto, sin embargo, a largo plazo, con perspectivas hacia un futuro con pacientes más fieles, estos cinco minutos son la mejor inversión de marketing que una clínica dental puede realizar.

Desde el punto de vista del one-to-one marketing existen múltiples razones para estos cinco minutos más.

De entrada se trata de un contacto cien por cien acertado, sin ninguna pérdida de difusión. Además, se goza de la atención absoluta del paciente, algo que fuera de la clínica no se conseguirá jamás y que en los tiempos de tanta distracción mediática se debe valorar más aún.

Durante estos cinco minutos adicionales el profesional de la odontología puede recurrir a todos los medios que ayudan a transmitir lo dicho. Estas ayudas de venta pueden ser varias, desde las radiografías y las imágenes de la cámara intraoral hasta las nuevas aplicaciones visuales que hay para las pantallas o los tablets.



CON TAN SOLO CINCO MINUTOS MÁS DE ATENCIÓN PERSONALIZADA LA PERCEPCIÓN DE LA VISITA AL DENTISTA CAMBIA DE FORMA RADICAL.

Pero lo más importante de este tiempo adicional es que ahora sí que se puede desarrollar un diálogo de verdad. Muchos dentistas afirman hablar con sus pacientes, pero la gran mayoría lo hace durante el tratamiento, lo que se traduce en un monólogo. ¿Cómo se va a desarrollar un diálogo de verdad si el paciente tiene que mantener la boca abierta? Además, durante el tratamiento la capacidad de recepción del paciente no existe. Mientras está sentado en el sillón y obligado a permanecer en una postura totalmente indefensa su instinto de supervivencia y huida domina toda su persona. Hasta que el paciente no recupere una postura normal, incluso hasta que no toque tierra con sus pies, su percepción es nula.

Pasar del monólogo al diálogo cuando el paciente se siente otra vez capacitado para ello es el reto del one-to-one marketing y de los cinco minutos más dedicados a ello.

INFLUIR EN LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE

Estas razones a favor de la idea de los cinco minutos más, racionales en sus argumentaciones, se ven además reforzados a nivel emocional, teniendo en cuenta la importancia de la percepción subjetiva del paciente.

Es indiscutible que a nadie le gusta ir al dentista. No importa si se tiene miedo o no, pero se trata siempre de una experiencia desagradable. El silbido agudo del contra ángulo es difícil de aguantar, el sabor de la anestesia es amargo y la postura más que incomoda. Visitar al dentista es pues una experiencia marcada por sensaciones negativas. Los cinco minutos de más después de la intervención, cara a cara con su dentista, hablando no solo de dientes, influyen de forma directa en la experiencia de la visita al dentista y en la percepción subjetiva del paciente, mejorando ambas de forma considerablemente ●

SWISS
DENTAL 
MARKETING

Bilbao,

el orgullo de una increíble transformación





Bilbao, capital de la provincia y territorio histórico de Vizcaya, cuenta con una población aproximada de 352.700 habitantes y es la urbe más poblada de la comunidad autónoma.



ABANDOIBARRA

El núcleo urbano se encuentra rodeado por dos cadenas montañosas con una altitud media que no supera los 400 metros. Estas cadenas forman algunos de los límites naturales del municipio. Los principales municipios limítrofes son Sondica, Zamudio, Basauri, Baracaldo y Galdácano.

Desde su fundación, a finales del siglo XIII, fue un enclave comercial que gozó de particular importancia en la cornisa Cantábrica gracias a los privilegios concedidos por la Corona de Castilla que permitieron el desarrollo de una gran actividad portuaria que se basaba principalmente en la exportación de la lana procedente de Castilla, y en menor medida, del hierro extraído de las canteras vizcaínas. A lo largo del siglo XIX y principios del XX experimentó una fuerte industrialización que la convirtió en el epicentro de la segunda región industrializada de España, por detrás de Barcelona. Ésta estuvo acompañada de una extraordinaria explosión demográfica y urbanística que originó la aneación de varios municipios colindantes.

Una reconversión admirada por todos

A finales del siglo pasado, y con motivo de la reconversión industrial, Bilbao tuvo que cambiar radicalmente su perfil como ciudad. Pasó de ser un gris emblema de ciudad industrial a convertirse en un atractivo núcleo turístico, y en una ciudad de servicios, volcada en su regeneración medioambiental y urbana.



PLAZA EUSKADI

La transformación espacial de Abandoibarra ha sido premiada internacionalmente y ha situado a Bilbao en el mapa de las ciudades más visitadas por turistas nacionales e internacionales.

El gran emblema de este “Nuevo Bilbao”, es el Museo Guggenheim Bilbao, diseñado por Frank Gehry, aunque ha habido muchos más factores que han contribuido a esta regeneración y profundo cambio.

A lo largo de 25 años, Bilbao ha ido mudando su piel industrial y rehabilitando zonas emblemáticas de la ciudad. Uno de los grandes logros ha sido la recuperación del casco histórico que, hoy en día, es un espacio turístico de primer orden, que conserva las tradiciones y señas de identidad de la ciudad. Es una zona de imprescindible visita para los amantes del paseo y de la excelente gastronomía local.

El espectacular Guggenheim está acompañado por una regeneración medioambiental protagonizada por la recuperación de la Ría, el alma de la villa, testigo mudo de su historia, eje de comunicación y comercio. El saneamiento de estas aguas ha permitido que Bilbao y sus gentes vivan mirando a esta arteria fluvial y que los proyectos urbanos más importantes se construyan en unos márgenes que se han convertido en uno de los espacios más sofisticados de Europa, donde se dan cita edificios y obras de los mejores arquitectos y artistas del mundo, unos magníficos paseos de ribera donde, además, se puede disfrutar de infinidad de actividades de ocio, deporte y cultura.

Los nuevos puentes, el metro, el aeropuerto y el tranvía han completado el proceso de recuperación de esta maravillosa ciudad. Estas infraestructuras, muchas de ellas diseñadas por grandes arquitectos (Norman Foster, Frank Gehry...), constituyen una excelente red de movilidad que conecta Bilbao y sus barrios con las comunidades limítrofes y el ámbito internacional.

Importantes distinciones

Los reconocimientos a este increíble esfuerzo han sido premiados con distinciones de gran renombre. El 19 de mayo de 2010, la ciudad de Bilbao fue reconocida con el premio Lee Kuan Yew World City Prize, otorgado por la ciudad estado de Singapur, en colaboración con la Academia Nobel sueca, un importante galardón considerado el Nobel del urbanismo. El 7 de enero de 2013, su alcalde, Iñaki Azkuna, recibió el Premio Alcalde del Mundo correspondiente a 2012 que otorga cada dos años la fundación británica The City Mayors Foundation, en reconocimiento a la transformación urbana experimentada por la capital vizcaína desde la década de 1990 ●



FILM SYMPHONY ORCHESTRA, MÚSICA Y CINE EN ESPECTACULARES CONCIERTOS

La Film Symphony Orchestra es un proyecto único del que forman parte excelentes profesionales que muestran su amor por la música en cada uno de sus conciertos. Las bandas sonoras más espectaculares de la historia son las protagonistas de sus actuaciones.

Film Symphony Orchestra simboliza el esfuerzo por reconciliar la música sinfónica con nuevos públicos ob-

jetivos a través de un hilo conductor universal, como son las creaciones de los grandes compositores del cine.

Film Symphony Orchestra es una orquesta sinfónica profesional de la más alta calidad que, con más de 70 músicos, ofrece exclusivamente conciertos de música de cine –en su sentido más amplio– o de autores estrechamente vinculados al género. De la mano de su director Constan-



tino Martínez Orts, la FSO ofrece espectáculos de música cinematográfica con o sin proyección visual y la posibilidad de grabar bandas sonoras. Film Symphony Orchestra responde a un proyecto innovador y único, que une cultura, arte y espectáculo, con la pretensión de acercar la música sinfónica a nuestra sociedad a través de un hilo conductor tan universal como el cine.

El próximo otoño realizarán una nueva gira de conciertos en diversas ciudades españolas: Madrid, Barcelona, Bilbao, Pamplona, San Sebastián, Granada, Málaga, Sevilla, Zaragoza, Valencia, Vigo, etc •



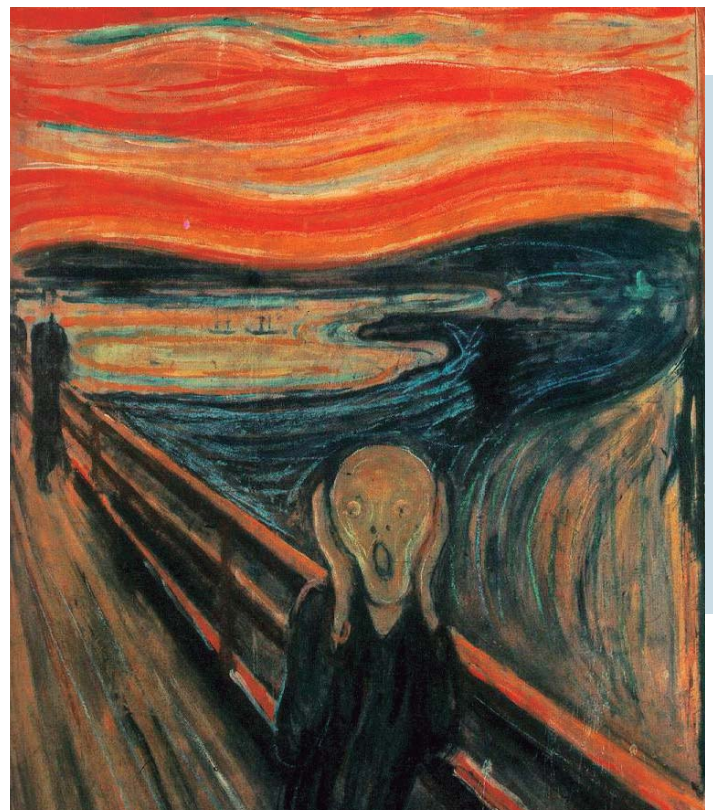
CONSTANTINO MARTÍNEZ ORTS, DIRECTOR DE LA FSO

18/09	Madrid	25/10	Bilbao
12/10	Barcelona	30/10	Granada
17/10	Pamplona	31/10	Málaga
18/10	San Sebastian	01/11	Sevilla

EDVARD MUNCH EN EL MUSEO THYSSEN DE MADRID

A partir del 6 de octubre y hasta enero de 2016 el Museo Thyssen alojará una interesante recopilación de trabajos de Edvard Munch. Alrededor de setenta óleos, dibujos y obras gráficas cedidas por el Munch Museet de Oslo y otras pinacotecas del mundo componen la primera retrospectiva que se realiza de Edvard Munch en España desde 1984.

La intención de esta muestra es completar la visión artística que se tiene en nuestro país del artista escandinavo, del cual, casi exclusivamente sólo se conoce su lienzo más famoso, El Grito. Sin embargo, se trata de un pintor con una larga y prolífica producción cultural, como así lo demuestran las 28.000 pinturas que realizó a lo largo de su vida. Además, la exposición ofrecerá un análisis de las técnicas pictóricas que utilizó para adentrarse en la dimensión psíquica a través de sus cuadros •



[CURSO MOZO-GRAU]

“Factores de riesgo y complicaciones en implantología”

Mozo-Grau celebrará el próximo 2 de octubre en Ourense el curso “Factores de riesgo y complicaciones en implantología”. Los doctores José Luis Cebrián e Ignacio de Lucas serán los encargados de impartir el programa formativo.

El curso dispone de 60 plazas que se asignarán por riguroso orden de inscripción. Todos los profesionales colegiados pueden inscribirse a través de la siguiente dirección web: www.mozo-grau.com/cursos •

IX Congreso de Actualización en Implantología Mozo-Grau - 2016

Los días 5 y 6 de febrero de 2016 son los días elegidos por Mozo-Grau para realizar su IX Congreso de Actualización en Implantología. La novena edición de esta cita (que coincide con el XX Aniversario de la compañía) se celebrará en el recinto ferial Ifema (Madrid).

El programa científico estará compuesto por un cartel de ponentes nacionales e internacionales de reconocido

prestigio. Paralelamente se celebrarán cursos teórico-prácticos, presentación de los proyectos de investigación de Mozo-Grau, y cursos para técnicos de laboratorio y personal auxiliar.

En su anterior edición, celebrada en 2014, este evento de intercambio científico congregó a 1.902 inscritos •

[DVD]

Nueva edición del programa DVD Formación

DVD retoma su proyecto de formación y presenta un nuevo programa de cursos para finalizar el año 2015. Se trata de 16 jornadas que pretenden dar respuesta a las necesidades formativas de los profesionales de la odontología y que tendrán lugar en Almería, Barcelona, Cáceres, Cádiz, Ciudad Real, Donostia, Logroño, Madrid, Málaga, Murcia, Ourense, Sevilla, Valladolid, Vigo y Zaragoza.

Los cursos, cuyo plazo de inscripción se inició el pasado 1 de septiembre, ofrecen un programa orientado a las necesidades y problemáticas reales de estas disciplinas: radiología 3D, láser, sedación con óxido nitroso y planes de marketing para clínicas dentales •



[OSTEÓGENOS]

Open Day Osteobiol. Jornadas Abiertas en Sevilla

Osteógenos llevará a cabo una nueva Jornada Abierta de Regeneración tisular totalmente gratuita el próximo 19 de diciembre en Sevilla.

Los Doctores Antonio Murillo Rodríguez, César Muelas Sánchez y Antonio Fernández Coppel serán los responsables de impartir las siguientes conferencias:

ANTONIO MURILLO RODRÍGUEZ

“Enfoque periodontal en el déficit tisular en implantología. Mi experiencia”

CÉSAR MUELAS SÁNCHEZ

“Cortical Split y manejo de biomateriales”

ANTONIO FERNÁNDEZ COPPEL

“Biomateriales de última generación en elevación de seno maxilar” •



IV Jornada de Cirugías en directo en Madrid

El próximo 7 de noviembre tendrá lugar en el Hospital Dental de Madrid la IV Jornada de Cirugías en Directo titulada “Especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria”.

Previamente a las cirugías en directo, se impartirán cuatro conferencias ofrecidas por los Doctores Antonio Murillo Rodríguez y Stefan Fickl. El contenido de estas intervenciones se centrará en las membranas dérmicas, cirugía plástica periodontal, cirugía plástica de implantes dentales y el manejo microquirúrgico del tejido periimplantario.

Durante las cirugías los doctores explicarán paso a paso las técnicas aplicadas mientras responden a las consultas que surjan por parte de los asistentes •

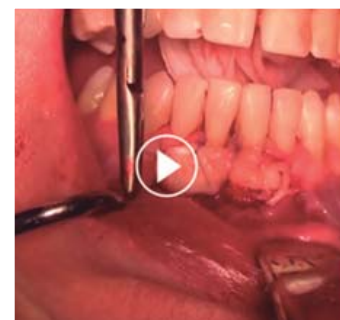


Cirugías en el canal de Youtube de Osteógenos

Osteógenos renueva su Canal de Youtube estrenando 3 nuevas cirugías realizadas por los Dres. Holmes Ortega Megía, Antonio Murillo y Antonio Barone.

Este canal, dedicado exclusivamente a la publicación de videos y reportajes gráficos sobre cirugías, forma parte de

la amplia gama de productos formativos que Osteógenos pone a disposición de los profesionales que quieran descubrir una nueva forma de ampliar sus conocimientos de regeneración ósea guiada y de manejo de tejidos blandos con el uso de biomateriales OsteoBiol •



[EN MENDARO, GUIPÚZCOA]

II Jornadas de Odontología en la Sanidad Pública

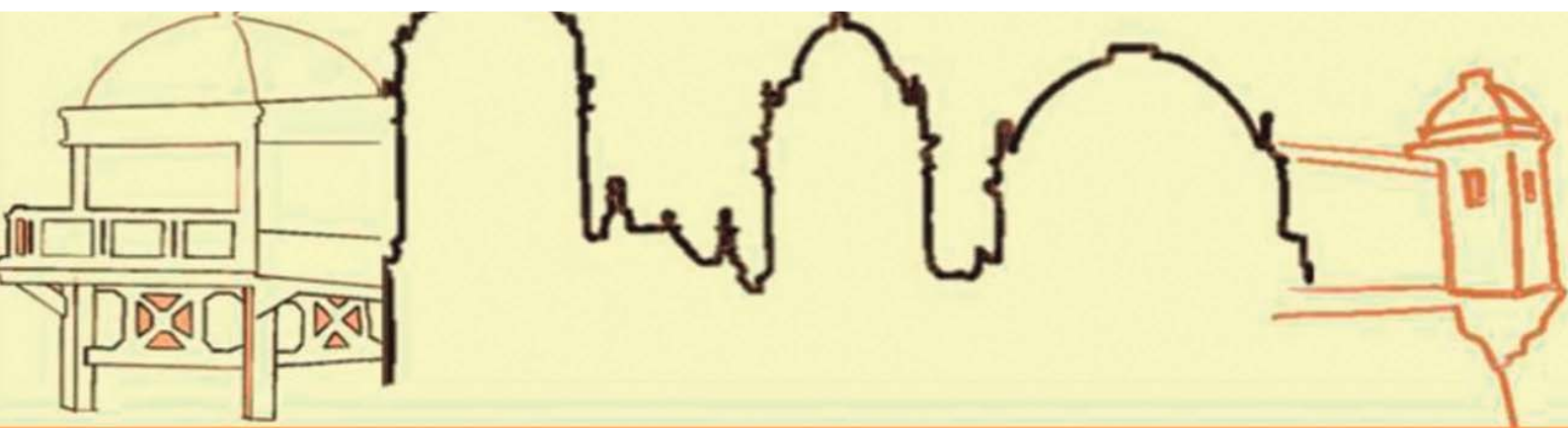
El día 16 de octubre se celebrarán las II Jornadas de Odontología en la Sanidad Pública que tendrán lugar en el Hospital de Mendaro, (Guipúzcoa).

El programa de este encuentro profesional está dirigido a Odontólogos, Auxiliares de Odontología, Médicos de familia y matronas. El elenco de reputados ponentes, formado por los Doctores Antonio Castaño Seiquer, José Coello Suanzes, Javier Cortés Martincorena, Jesús Rueda García, Juan José Arana Ochoa, José Vicente Bagán, con la moderación de la Doctora Maitena Urberuaga Erce, centrará sus exposiciones en los grandes temas de salud pública y comunitaria, los discapacitados, embarazadas y atención primaria •




II Jornada de Salud Bucodental

El 16 de octubre de 9.00 a 14.00 h
Salón de Actos del Hospital Mendaro



XII CONGRESO SEOEME

Cádiz  6 y 7 Noviembre 2015



“ 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.

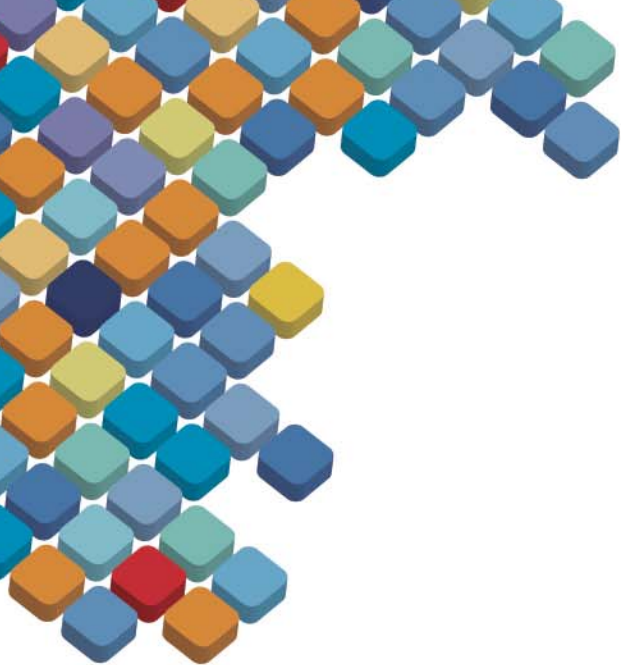
Gracias a las indicaciones de nuestro colega el Dr. Filpo Valentín he descubierto **Dental Lab**, mi nuevo laboratorio de prótesis dental. Un equipo de profesionales altamente preparados que además de ofrecer la excelencia en calidad y servicio, me han permitido reducir mi factura de Laboratorio en más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

